

**SIXIEME RAPPORT D'EVALUATION DE LA LOI DU  
27 JUILLET 1999 PORTANT CREATION D'UNE  
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE**

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
REMERCIEMENTS .....	6
INTRODUCTION .....	8
<b>1. L'ACCÈS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESTE PLUS QUE JAMAIS INDISPENSABLE À L'ÉGARD DES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ</b> .....	<b>11</b>
1.1. L'accès aux soins et à la complémentaire santé dans un contexte de crise économique qui perdure .....	11
1.1.1. Des dispositifs en constante évolution .....	11
1.1.1.1. La présentation des dispositifs .....	11
1.1.1.2. Les dernières évolutions législatives et réglementaires .....	17
1.1.2. Les principaux enjeux .....	24
1.1.2.1. L'intensification de la pauvreté en France .....	25
1.1.2.2. Le rôle indispensable de la couverture complémentaire santé dans l'accès aux soins	26
1.1.2.3. Les dernières données de la DREES sur les populations cible et les taux de recours	28
1.2. La CMU-C : une progression plus rapide des effectifs mais une dépense qui reste maîtrisée .....	31
1.2.1. Les effectifs de la CMU-C .....	31
1.2.1.1. Une croissance des effectifs encore plus rapide .....	31
1.2.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C .....	35
1.2.2. Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C .....	47
1.2.2.1. La dépense totale .....	47
1.2.2.2. La dépense pour la part CMU-C en droits constatés .....	48
1.2.2.3. La dépense en trésorerie du régime général .....	51
1.2.2.4. La comparaison des dépenses entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C	54
1.2.3. Point sur la dépense hospitalière pour la part CMU-C .....	57
1.2.3.1. La prépondérance de l'hôpital public et des soins hospitaliers .....	57
1.2.3.2. L'évolution dynamique de la dépense au titre des prestations hospitalières .....	59
1.2.3.3. La dépense hospitalière par département .....	59
1.2.4. Les indicateurs CMU-C sur l'accès aux soins .....	63
1.2.5. Les autres indicateurs .....	67
1.3. L'ACS : une progression régulière .....	69
1.3.1. Les effectifs .....	69
1.3.1.1. La délivrance des attestations ACS .....	69
1.3.1.2. L'utilisation des attestations ACS .....	74
1.3.2. L'analyse des contrats ayant ouvert droit à l'ACS .....	79

1.3.2.1.	Les principaux enseignements du dernier rapport prix contenus des contrats ACS.....	79
1.3.2.2.	L'impact sur le prix des contrats du nombre de personnes couvertes et de l'âge 80	
1.3.2.3.	Le niveau de couverture des contrats ACS .....	81
1.3.3.	Les causes du non-recours à l'ACS .....	84
1.3.3.1.	Les causes identifiées du non recours à l'ACS .....	85
1.3.3.2.	Les enseignements des études sur le non recours à l'ACS.....	86
1.3.4.	Les dépenses ACS .....	91
1.3.5.	Les indicateurs ACS .....	92
1.4.	La CMU de base : une confirmation de la baisse des effectifs.....	95
1.4.1.	L'évolution des effectifs .....	95
1.4.2.	La répartition des bénéficiaires.....	96
1.4.2.1.	L'approche par département .....	96
1.4.2.2.	L'approche par régime d'attribution .....	99
1.4.3.	Le recours à la CMU-C des assurés affiliés au régime 806 .....	101
1.4.4.	La répartition des bénéficiaires du régime 801.....	106
2.	L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX DROITS EST DEVENUE UNE PRIORITÉ DES POUVOIRS PUBLICS .....	109
2.1.	Le relèvement des plafonds de ressources.....	109
2.1.1.	Le rapprochement avec le seuil de pauvreté .....	109
2.1.2.	Le bilan de la revalorisation ACS au 1 <sup>er</sup> janvier 2012.....	110
2.1.2.1.	Une évolution conforme aux attentes .....	111
2.1.2.2.	L'examen des refus selon le niveau des revenus .....	112
2.1.3.	Les premières données sur la revalorisation au 1 <sup>er</sup> juillet 2013 .....	112
2.1.3.1.	Le suivi du relèvement du plafond pour la CMU-C .....	113
2.1.3.2.	Le suivi du relèvement du plafond pour l'ACS .....	116
2.2.	La nécessité de mettre en place une complémentaire santé de qualité au meilleur coût .....	120
2.2.1.	La révision du panier de soins de la CMU-C.....	120
2.2.1.1.	La révision du panier de soins pour l'optique et l'audioprothèse.....	120
2.2.1.2.	La révision du panier de soins pour le dentaire.....	120
2.2.2.	L'amélioration des contrats ACS .....	126
2.2.2.1.	Retour sur le label ACS .....	127
2.2.2.2.	La procédure de mise en concurrence .....	129
2.2.2.3.	Les réseaux de soins .....	131
2.2.3.	La généralisation des contrats collectifs .....	132
2.3.	Les aides financières .....	134
2.3.1.	Les aides extra légales versées par les CPAM .....	134
2.3.2.	Les autres aides financières individuelles.....	135
2.3.2.1.	Les aides des caisses d'assurance maladie .....	135
2.3.2.2.	Les aides des CCAS et CIAS .....	141
2.3.2.1.	Les aides des organismes complémentaires .....	142

<b>3.</b>	<b>L'ACCÈS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESTE INÉGALITAIRE ET DES RÉFORMES DOIVENT ÊTRE ENGAGÉES À L'ÉGARD DES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ OU DE PRÉCARITÉ .....</b>	<b>144</b>
3.1.1.	Les réflexions en cours .....	144
3.1.1.1.	La simplification du dossier .....	144
3.1.1.2.	La simplification liée aux ressources prises en compte .....	145
3.1.1.3.	L'automatisme de l'attribution des dispositifs pour certains allocataires 148	
3.1.1.4.	La simplification et le développement des échanges.....	148
3.1.2.	Les expérimentations menées par le SGMAP .....	151
<b>3.2.</b>	<b>Un nécessaire effort d'information et d'accompagnement .....</b>	<b>153</b>
3.2.1.	Les constats des associations .....	153
3.2.1.1.	Un recours difficile aux dispositifs de couverture maladie .....	154
3.2.1.2.	Le renoncement et le recours tardif aux soins .....	155
3.2.2.	Les actions des caisses nationales .....	155
3.2.2.1.	Les actions visant à favoriser la connaissance des dispositifs .....	155
3.2.2.2.	Les actions visant à favoriser le recours aux dispositifs .....	157
3.2.2.3.	Les actions visant à favoriser l'exercice des droits.....	158
3.2.3.	Les actions des organismes complémentaires .....	160
3.2.4.	Le développement des partenariats .....	161
3.2.4.1.	Le protocole d'accord entre la CNAMTS et l'UNCCAS et les conventions locales	161
3.2.4.2.	Les partenariats mis en place par les CCAS.....	164
3.2.5.	La pré instruction des demandes de CMU-C par les caisses d'allocation familiales	166
<b>3.3.</b>	<b>La lutte contre les refus de soins .....</b>	<b>168</b>
3.3.1.	Définition.....	168
3.3.2.	Un cadre juridique institué par la loi HPST non mis en œuvre .....	168
3.3.3.	Le bilan des signalements .....	169
3.3.3.1.	Le bilan des caisses d'assurance maladie.....	169
3.3.3.2.	Le bilan du Conseil National de l'Ordre des médecins .....	170
3.3.3.3.	Le bilan du Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.....	171
3.3.4.	Les derniers travaux sur les refus de soins.....	171
<b>4.</b>	<b>LES ORIENTATIONS RETENUES POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX DROITS DOIVENT TENIR COMPTE DU CONTEXTE BUDGÉTAIRE DIFFICILE.....</b>	<b>173</b>
<b>4.1.</b>	<b>Le financement des dispositifs.....</b>	<b>173</b>
4.1.1.	Les comptes du Fonds .....	173
4.1.1.1.	Les changements introduits par les lois de financement de la sécurité sociale et de finances pour 2013.....	173
4.1.1.2.	Evolution des comptes du Fonds CMU .....	175
4.1.2.	Le financement des dispositifs .....	177
4.1.2.1.	L'assiette de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) déclarée par les OC	177
4.1.2.2.	L'enjeu majeur du contrôle de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires.....	179
<b>4.2.</b>	<b>La réorientation des aides fiscal-socials .....</b>	<b>180</b>

4.3. Le contrôle des dispositifs .....	181
4.3.1. La poursuite des travaux de lutte contre la fraude .....	181
4.3.2. L'évolution de la législation .....	182
4.3.3. Le suivi des fraudes au régime général .....	183
4.3.3.1. Le bilan de l'année 2012 .....	183
4.3.3.2. L'indicateur sur le contrôle des bénéficiaires de la CMU-C .....	187
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>189</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>191</b>
<b>TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PROPOSITIONS ET DES PISTES DE TRAVAIL</b> .	<b>193</b>
<b>TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PROPOSITIONS</b> .....	<b>200</b>
<b>TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PISTES DE TRAVAIL</b> .....	<b>203</b>

## REMERCIEMENTS

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

### Les organismes nationaux

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

### Les fédérations

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

### Les ordres

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

### Les associations

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

### Les caisses primaires d'assurance maladie

- ✚ CPAM de Bobigny
- ✚ CGSS de la Martinique

### La CAF

- ✚ Caisse d'allocations familiales des Yvelines

### Les organismes complémentaires

- ✚ Harmonie Mutuelle

## Autres organismes

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

## INTRODUCTION

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de manière régulière et ininterrompue de disposer d'un régime d'assurance maladie, et pour celles disposant de très faibles ressources, de bénéficier d'une protection complémentaire avec dispense d'avance des frais.

L'Aide pour une complémentaire santé (ACS) créée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie offre une aide financière aux personnes dont les ressources dépassent légèrement le plafond d'attribution de la CMU complémentaire (CMU-C) pour leur permettre de souscrire ou continuer à bénéficier d'une complémentaire santé.

L'article 34 de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle prévoit que le Gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation de l'application de la loi.

Comme pour les quatre précédents rapports, l'élaboration du sixième rapport d'évaluation de la loi CMU a été confiée au Fonds CMU par le directeur de la sécurité sociale (annexe 1).

Ce rapport a été élaboré dans un contexte différent puisque l'accès aux soins est inscrit comme une priorité des pouvoirs publics. En effet, près de quatorze ans après l'entrée en vigueur de la loi CMU, cet accès reste difficile pour certaines catégories de populations, en même temps que perdurent et s'accroissent les difficultés économiques et sociales. Les phénomènes de non recours aux droits, de renoncements aux soins, d'effets de seuil, de refus de soins demeurent.

Les travaux menés autour de la CMU-C montrent pourtant qu'une grande majorité des personnes éligibles exerce son droit à ce dispositif. Certaines barrières persistent : la réticence aux démarches administratives, un bon état de santé pour les plus jeunes, la barrière linguistique pour des personnes de nationalité étrangère, la gêne, la stigmatisation, ainsi que les refus de soins de certains médecins spécialistes et des dentistes, peuvent expliquer que ces personnes ne fassent pas valoir leurs droits. L'existence de restes à charge non nuls peut également constituer un obstacle à l'accès aux soins. Néanmoins *in fine*, les bénéficiaires de la CMU-C semblent à peine plus renoncer aux soins que les autres assurés couverts par une complémentaire santé. Et malgré un état de santé qui reste plus dégradé que celui du reste de la population, les bénéficiaires de la CMU-C semblent connaître une amélioration de leur état de santé après leur entrée dans le dispositif.

Le bilan de l'ACS est beaucoup plus mitigé puisque le nombre d'adhérents au dispositif reste largement inférieur au nombre d'éligibles, que ce soit, par manque d'information, par la difficulté de sa compréhension, par des considérations financières ou en raison des démarches administratives longues et complexes à entreprendre.

L'ACS réduit fortement la charge financière induite par les cotisations de complémentaire santé. Néanmoins, les bénéficiaires de l'ACS continuent de bénéficier d'un niveau de couverture très inférieur à celui du reste des individus bénéficiant d'une complémentaire santé privée et font donc face, *a priori*, à des restes à charge plus importants pour des soins identiques.

C'est dans ce contexte que le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté par le Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE) le 21 janvier 2013, a inscrit la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé comme une priorité en matière de santé publique. Une première mesure importante a été prise pour favoriser l'accès à la complémentaire des populations démunies par le relèvement sensible, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013, des plafonds de ressources pour l'attribution de la CMU-C et de l'ACS.

Par ailleurs, le Président de la République, lors de son discours au congrès de la Mutualité le 20 octobre 2012, avait annoncé avoir demandé au gouvernement de réorienter les aides qui bénéficient aux contrats de complémentaire santé collectifs pour aider ceux qui ont le plus besoin d'une complémentaire santé et de « *généraliser à l'horizon de 2017 l'accès à une couverture complémentaire de qualité* ».

Une première étape vers cette généralisation a été franchie avec la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi, qui transpose l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 : à l'horizon 2016, par le biais de la négociation collective, l'ensemble des salariés seront couverts par une complémentaire santé.

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 parachève le dispositif à travers, notamment, deux grandes mesures, tirant les enseignements des analyses et propositions figurant dans le rapport du HCAAM : l'évolution des contrats responsables et la mise en concurrence des contrats ACS afin d'améliorer le recours au dispositif, qui sera largement développée dans ce rapport.

L'article 4 de la loi n°2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014 prévoit également de réduire l'exonération fiscale de la participation de l'employeur aux contrats collectifs de complémentaire santé.

Ce panorama introductif ne serait pas complet sans évoquer le fait que, par lettre du 20 mars 2013, le Premier ministre a confié à Madame Aline Archimbaud, sénatrice de Seine-Saint-Denis, parlementaire en mission auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, une mission sur l'accès aux soins des plus démunis et la lutte contre le non recours aux droits sociaux. 40 propositions ont été remises au Premier Ministre le 24 septembre 2013.

La première partie du présent rapport montre qu'en favorisant l'accès à une couverture santé pour les individus ayant des ressources insuffisantes pour supporter le coût d'une complémentaire santé, les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS jouent un rôle important dans l'accès aux soins dans un contexte où les crises économiques et financières successives continuent de produire leurs effets, qui représentent autant de facteurs de précarisation dont les effets continuent d'être visibles sur les effectifs de la CMU-C et de l'ACS.

La seconde partie présente les mesures mises en œuvre et les orientations retenues pour améliorer et développer les dispositifs à l'égard des populations disposant de faibles ressources.

Un large développement est consacré à l'ACS. En dépit des mesures de revalorisation successives et des efforts déployés par l'ensemble des acteurs, les objectifs fixés en matière d'ACS ne sont aujourd'hui pas encore atteints. Sur la base des différentes études réalisées sur le sujet, le présent rapport évalue l'impact des relèvements successifs du plafond de ressources de l'ACS depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et explique les causes du non recours à ce dispositif.

À cette occasion, un premier point d'étape relatif au relèvement des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013 est présenté.

La troisième partie identifie les freins qui demeurent et s'intéresse aux expérimentations en cours qui poursuivent l'objectif de lutter contre le non recours, en simplifiant l'accès aux dispositifs.

La dernière partie de ce rapport traite du financement des dispositifs et présente le bilan de l'action du réseau de l'assurance maladie en matière de détection et de lutte contre les fraudes à la CMU de base et à la CMU-C.

Compte tenu des effets de la revalorisation des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS, la recherche de nouvelles sources de financement pour le Fonds CMU devra être examinée à l'horizon 2016.

\*\*\*\*\*

Les constats et les résultats décrits dans ce rapport conduisent à une série de préconisations, le plus souvent nécessitant des évolutions législatives ou réglementaires. Ce rapport propose également des pistes de travail, dont la mise en œuvre, en coordination avec le Fonds CMU, nécessitera la mobilisation de l'ensemble des partenaires concernés par la question de l'accès aux soins et aux droits de nos concitoyens les plus fragiles.

# 1. L'ACCÈS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESTE PLUS QUE JAMAIS INDISPENSABLE À L'ÉGARD DES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ

La couverture complémentaire santé est un élément déterminant dans l'accès aux soins.

Cela est particulièrement vrai pour les populations pauvres et en mauvaise santé pour qui la charge financière associée aux soins peut s'avérer trop lourde pour être assumée.

Aussi, une large diffusion de la couverture complémentaire santé apparaît souhaitable.

## 1.1. L'accès aux soins et à la complémentaire santé dans un contexte de crise économique qui perdure

### 1.1.1. Des dispositifs en constante évolution

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

- la CMU de base, qui permet aux personnes qui résident en France de bénéficier d'une assurance maladie, si elles ne peuvent pas être affiliées à un autre titre ;
- la CMU complémentaire, qui permet l'accès aux soins des personnes les plus démunies par l'attribution d'une complémentaire santé gratuite ;
- l'ACS, qui offre aux personnes ayant des ressources un peu supérieures au plafond de la CMU-C, une aide financière pour la souscription d'un contrat de complémentaire santé ou le financement d'un contrat en cours.

#### 1.1.1.1. *La présentation des dispositifs*

- **La CMU de base**<sup>1</sup>

La CMU de base permet à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, qui ne peut s'ouvrir des droits à l'assurance maladie à un autre titre, de bénéficier des prestations en nature du régime général dans les mêmes conditions que les autres assurés. Le bénéficiaire paie directement ses dépenses de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux...) et l'Assurance Maladie lui rembourse la part obligatoire.

La part complémentaire, le forfait journalier, la participation forfaitaire et les franchises médicales restent à sa charge.

---

<sup>1</sup> Article L.380-1 du code de la sécurité sociale.

### Les conditions d'accès :

#### 1- Résider en France de manière régulière

Cette condition est remplie pour les personnes de nationalité française ou par la production d'un titre de séjour, ou la présentation de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours (récépissé en cours de validité, convocation à la préfecture, etc.)<sup>2</sup>. Les demandes d'accès à la CMU des ressortissants européens inactifs, étudiants ou à la recherche d'un emploi, résidant sur le territoire français depuis moins de 5 ans, donnent lieu à un examen au cas par cas de leur situation personnelle. La circulaire DSS/DACI n°2011-225 du 9 juin 2011 précise les conditions dans lesquelles est effectué cet examen.

#### 2- Résider en France de manière stable

À l'occasion d'une première demande, la condition de stabilité est réputée acquise après trois mois de résidence ininterrompue en France. Toutefois, ce délai n'est pas opposable dans certains cas : personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, bénéficiaires d'une ou plusieurs prestations familiales, personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié, personnes ayant accompli un volontariat international à l'étranger...<sup>3</sup>

Lors du renouvellement de la CMU de base, la condition de stabilité est réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les Dom, son foyer permanent (lieu où elle habite normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile)<sup>4</sup>.

Un contrôle annuel de la résidence est effectué par les caisses primaires d'assurance maladie.

#### 3- Ne pas avoir droit à l'assurance maladie

La CMU de base intervient de façon subsidiaire, seules sont concernées les personnes ne pouvant bénéficier de l'assurance maladie à un autre titre : par le biais d'un maintien de droits, en tant qu'ayant-droit d'un assuré, au titre d'un autre régime<sup>5</sup>

### La cotisation :

En fonction des revenus, l'intéressé peut être redevable d'une cotisation. Le revenu pris en compte est le revenu fiscal de référence de l'année civile précédente. Au-delà de 9 601 € (plafond à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2014) la cotisation due s'élève à 8 %. Elle est assise sur la part des revenus excédant le plafond de 9 601 €<sup>6</sup>.

La CMU de base est gratuite pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'ACS<sup>7</sup>.

Un contrôle annuel des ressources est effectué par les caisses primaires d'assurance maladie.

---

<sup>2</sup> Lettre ministérielle DSS/2 A du 31 août 2001 relative aux conditions d'attribution de la CMU (affiliation au régime général sur critère de résidence et/ou attribution de la protection complémentaire en matière de santé)

<sup>3</sup> Article R.380-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> Article R.115-6 du code de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> Article L.380-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> Article L.380-2 et D.380-3 du code de la sécurité sociale.

<sup>7</sup> Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

- **La CMU complémentaire (CMU-C)**

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

Pour faciliter leur accès aux soins, les bénéficiaires ont droit à la dispense d'avance des frais, les professionnels de santé sont payés directement par l'assurance maladie<sup>8</sup>.

De plus, les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient<sup>9</sup>.

Le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. Toutefois, en l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non-respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires<sup>10</sup>.

Les conditions d'accès :

L'attribution de la CMU-C est soumise à plusieurs conditions :

- Résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la CMU de base.

- Avoir des ressources inférieures à un plafond<sup>11</sup>.

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer<sup>12</sup>.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2014, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 645 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 9 621 € pour une personne seule.<sup>13</sup>

Pour le calcul du droit à la CMU-C, l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande est pris en compte, y compris certaines prestations familiales, allocations diverses, et revenus de capitaux placés<sup>14</sup>.

Les avantages procurés par un logement sont pris en compte de façon forfaitaire. Les personnes locataires percevant une aide au logement, les propriétaires, ou les personnes logées à titre

---

<sup>8</sup> Article L.861-3 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 30 mai 2006 modifié par l'arrêté du 27 mars 2007.

Arrêté du 31 décembre 1999 modifié par l'arrêté du 14 août 2002.

<sup>9</sup> Article L.162-5-13 du code de la sécurité sociale.

<sup>10</sup> Article L.322-4 du code de la sécurité sociale.

<sup>11</sup> Article L.861-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>12</sup> Article D.861-1 du code de la sécurité sociale.

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

<sup>13</sup> Les dispositifs de la CMU-B, CMU-C et ACS ne sont pas applicables à Mayotte.

<sup>14</sup> Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

gratuit, se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition du foyer (en 2014, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule est de 59,92 €)<sup>15</sup>.

Le RSA, la prime d'accueil du jeune enfant, de l'allocation personnalisée d'autonomie, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de l'allocation de rentrée scolaire ne sont pas pris en compte<sup>16</sup>.

Les revenus d'activité perçus durant la période de référence, subissent un abattement de 30 % lorsqu'au moment de la demande, le demandeur est en situation d'interruption de travail supérieur à six mois pour longue maladie, de chômage indemnisé ou perçoit l'allocation temporaire d'attente, l'allocation de solidarité spécifique ou encore est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle<sup>17</sup>.

La CMU-C est gérée, soit par l'organisme d'assurance maladie qui est en charge de la protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU complémentaire<sup>18</sup>.

À l'expiration de leur droit à la CMU complémentaire, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé, dont le tarif est réglementé (370 € par an en 2013, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU complémentaire, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins<sup>19</sup>.

Ce contrat de sortie peut être cumulé avec l'aide pour une complémentaire santé (ACS).

La demande de CMU-C est étudiée par la caisse d'assurance maladie du demandeur. Le renouvellement de la CMU-C doit être demandé chaque année dans les mêmes formes que la demande initiale, deux mois avant la date d'échéance du droit<sup>20</sup>.

Comme en matière de CMU de base, lors du renouvellement des droits CMU-C, la condition de stabilité est réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les Dom, son foyer permanent (lieu où les personnes habitent normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile).

Le bénéfice de la CMU-C peut ouvrir droit aux tarifs sociaux<sup>21</sup> de l'énergie et à des réductions sur les abonnements de transport.

---

<sup>15</sup> Article R.861-5 du code de la sécurité sociale.

<sup>16</sup> Article L.861-2 et R.861-10 du code de la sécurité sociale.

<sup>17</sup> Article R.861-8 du code de la sécurité sociale.

<sup>18</sup> Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

<sup>19</sup> Article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1999. Arrêté du 27 avril 2001 modifié par l'arrêté du 8 mars 2013, fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.

<sup>20</sup> Article R.861-18 du code de la sécurité sociale.

<sup>21</sup> Décret n° 2008-778 du 13 août 2008 relatif à la fourniture de gaz naturel au tarif spécial de solidarité et Décret 2004-325 du 8 avril 2004 relatif à la tarification spéciale de l'électricité come produit de première nécessité.

- **L'aide pour une complémentaire santé (ACS)** <sup>22</sup>

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

Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé (contrat en cours ou nouvellement souscrit).

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 500 € porté à 550 € pour celles de 60 ans et plus (pour les attestations ACS utilisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014).

L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due.

Cette aide réduit et dans certains cas, prend totalement en charge le montant de la cotisation annuelle.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, en vertu d'un accord signé entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux, les bénéficiaires de l'aide complémentaire santé et leurs ayants-droit, dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, ont droit à la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie. Ce droit au tiers payant est valable 18 mois à compter de la remise de l'attestation de droit à l'ACS, que le bénéficiaire ait ou non souscrit une complémentaire santé.

Ce dispositif a été renforcé par l'arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, et plus récemment conforté par la convention médicale du 26 juillet 2011. Le tiers-payant doit être désormais accordé systématiquement par le médecin aux bénéficiaires de l'ACS soit sur présentation de l'attestation correspondante, soit sur la base de l'information mise à disposition via les télé services de l'assurance maladie.

Au-delà du cadre de l'ACS, le tiers-payant peut être octroyé à des personnes se trouvant dans une situation difficile.

L'article 1<sup>er</sup> de l'avenant n°8 du 25 octobre 2012, prévoit la garantie de l'accès aux soins à tarifs opposables pour les bénéficiaires d'une attestation de droit à l'ACS.

Le bénéfice de l'ACS ouvre droit aux tarifs sociaux de l'énergie<sup>23</sup>.

#### Les conditions d'accès :

Pour bénéficier de l'ACS, il faut remplir plusieurs conditions :

- Résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la CMU de base.

---

<sup>22</sup> Article L.863-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>23</sup> Arrêté du 21 décembre 2012 portant modification de l'annexe au décret no 2004-325 du 8 avril 2004 modifié relatif à la tarification spéciale de l'électricité comme produit de première nécessité.

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

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

- Avoir des ressources inférieures à un plafond (correspondant au plafond CMU-C majoré de 35 %).

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2014, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 670 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 12 989 € pour une personne seule.

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

L'ACS est accordée pour une année et est renouvelable dans les mêmes formes que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit.<sup>24</sup>

Pour récupérer le montant de l'ACS, déduit des cotisations chaque trimestre, l'organisme complémentaire défalque de sa contribution due au titre de taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), un quart du montant de l'aide accordée à ses adhérents.

Tous les contrats ne sont pas éligibles à l'ACS. C'est le cas des contrats collectifs obligatoires et des contrats collectifs pour lesquels une participation de l'employeur intervient. En outre, les contrats doivent respecter les règles des contrats dits « responsables » : ils ne doivent pas couvrir la participation forfaitaire, les franchises, etc.<sup>25</sup>

L'aide complémentaire santé est également applicable sur les contrats de sortie CMU-C.

---

<sup>24</sup> Article R.863-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>25</sup> Article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

**Encadré 1 : Plafonds d'attribution au 1<sup>er</sup> juillet 2014 comparés aux montants des minima sociaux au 1<sup>er</sup> octobre 2014**

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Par personne supplémentaire
<b>Plafonds CMU-C en Métropole</b>	720 €	1 081 €	1 297 €	1 513 €	+ 288,151 €
<b>Plafonds CMU-C dans les DOM</b>	802 €	1 203 €	1 443 €	1 684 €	+ 320,712 €
<b>Plafonds ACS en Métropole</b>	973 €	1 459 €	1 751 €	2 042 €	+ 389,003 €
<b>Plafonds ACS dans les DOM</b>	1 082 €	1 624 €	1 948 €	2 273 €	+ 432,961 €

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Personne supplémentaire
<b>RSA (Revenu de solidarité active) socle</b>	509,30 €	763,95 €	916,74 €	1 069,53 €	203,72 €
<b>AAH (Allocation Adulte Handicapé)</b>	800,45 €				
<b>AAH + FL (Forfait logement*)</b>	861,57 €				
<b>AAH + MVA (Majoration Vie Autonome**)+ FL</b>	966,34 €				
<b>AAH + CPLT de ressources*** + FL</b>	1 040,88 €				
<b>ASS (Allocation de solidarité spécifique)</b>	499,41 €				
<b>ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées)</b>	800,00 €	1 242,00 €			
<b>ASPA + FL</b>	861,12 €	1 348,95 €			
<b>SMIC net au 1er janvier 2014 pour 35 heures</b>	1 133,18 €				

\*Forfait logement :

Applicable aux personnes propriétaires de leur logement ou bénéficiant d'un hébergement à titre gratuit ou d'une allocation logement

\*\* Majoration pour vie autonome :

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

\*\*\* Complément de ressources :

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

### *1.1.1.2. Les dernières évolutions législatives et réglementaires*

Cette partie a pour objectif de présenter les principaux textes législatifs et réglementaires impactant la CMU de base, la CMU-C et l'ACS publiés depuis la remise du dernier rapport d'évaluation, soit entre la fin de l'année 2011 et la fin de l'année 2013.

*Ces différentes évolutions seront développées tout au long du rapport en fonction des sujets traités.*

- **Les mesures visant à la généralisation de la complémentaire santé**

- La revalorisation du plafond de la CMU-C et de l'ACS au 1<sup>er</sup> juillet 2013

Le décret n° 2013-507 du 17 juin 2013, a relevé, au 1<sup>er</sup> juillet 2013, les plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS de 8,3 % : 1,3 % au titre de l'inflation et 7,0 % de revalorisation exceptionnelle.

Cette revalorisation est intervenue en application de la mesure annoncée dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale officiellement adopté le 21 janvier 2013 lors de la réunion du Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE). Elle porte à 8 593 € par an le plafond d'attribution de la CMU-C pour une personne seule en métropole, soit 716 € par mois et à 11 600 € pour l'ACS, soit 967 € par mois. Avec cette revalorisation, le plafond d'attribution de l'ACS atteint quasiment le seuil de pauvreté (977 € par mois en métropole – seuil à 60 % du niveau de vie médian en 2011 qui est la dernière année connue).

- La possibilité pour les étudiants en situation d'isolement de déposer une demande de CMU-C à titre individuel

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 complète l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale en permettant aux étudiants bénéficiaires de certaines prestations délivrées par les CROUS et caractérisant une situation d'isolement de faire une demande de CMU-C à titre personnel. Ces prestations ont été définies par un arrêté du 16 mai 2014.

- L'augmentation du montant de l'ACS pour les bénéficiaires âgés de 60 ans et plus

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 modifie l'article L.863-1 du code de la sécurité sociale et fixe à 550 € le montant de l'ACS pour les bénéficiaires âgés de 60 ans et plus.

- La mesure de revalorisation du plafond de l'ACS au 1<sup>er</sup> janvier 2012

L'article 55 de la loi n° 2011-1906 de financement de la sécurité sociale pour 2012 a fixé, au 1<sup>er</sup> janvier 2012, le plafond d'attribution de l'ACS à + 35 % au-dessus du plafond de la CMU-C (au lieu des 30 % initialement prévus par l'article 27 de la LFSS pour 2011).

- **Les dispositions visant à améliorer la couverture santé**

- L'institution d'un label ACS

L'article 55 de la loi n° 2011-1906 de financement de la sécurité sociale pour 2012 a institué un label ACS afin d'améliorer le contenu des contrats de complémentaire santé, en particulier ceux souscrits par les bénéficiaires de l'ACS.

La mise en place de ce label était soumise à la signature d'une convention entre l'État, l'UNOCAM et le Fonds CMU. La signature de cette convention n'a pas abouti faute d'accords entre les parties.

- La sélection par une mise en concurrence de contrats de complémentaire santé éligibles à l'ACS<sup>26</sup>

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit la sélection, par le biais d'une procédure de mise en concurrence, de contrats de complémentaire santé offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles requises dans le cadre d'un contrat responsable.

Le bénéfice de l'ACS sera réservé aux seuls contrats sélectionnés dans le cadre de cette mise en concurrence.

La loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 a précisé les conditions de sélection de ces contrats. La sélection s'appliquera à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

- Le renforcement des critères de caractérisation des contrats solidaires et responsables<sup>27</sup>

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 modifie l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale notamment en vue d'améliorer la prise en charge des soins dentaires prothétiques, d'orthopédie dentofaciale et optique et d'encadrer la solvabilisation des dépassements d'honoraires.

Un décret en Conseil d'État, qui devrait être publié en octobre 2014, précisera le contenu de ces prestations.

- L'accès aux soins à tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'ACS

L'avenant n° 8 du 25 octobre 2012 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 26 juillet 2011 a été approuvé par arrêté ministériel du 29 novembre 2012.

Son article premier, dispose que les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent pratiquent leurs actes aux tarifs opposables pour les patients disposant d'une attestation de droit à l'ACS.

- L'instauration d'un contrat de sortie ACS<sup>28</sup>

À l'instar de ce qui existe pour la CMU-C, l'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 instaure, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, un contrat de sortie ACS.

---

<sup>26</sup> S'applique aux contrats de complémentaire santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

<sup>27</sup> Cette disposition entrera en vigueur selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

<sup>28</sup> S'applique aux contrats de complémentaire santé individuels souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Ainsi, à l'expiration de son droit au bénéfice de l'ACS, toute personne ayant bénéficié d'un contrat sur lequel s'appliquait l'ACS, reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence mentionnée à l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale.

Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'ACS avant déduction.

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

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

- **Les mesures visant à la simplification des dispositifs et des procédures**

- La pré instruction des demandes de CMU-C par les CAF et l'envoi dématérialisé des informations aux CPAM

L'article L.861-5 du code de la sécurité sociale attribue aux caisses d'allocations familiales un rôle de pré instructeur des demandes de CMU-C.

Afin de permettre la dématérialisation des échanges entre CAF et caisses d'assurance maladie, le décret n° 2011-2096 du 30 décembre 2011 a enrichi l'outil @RSA, déjà existant au sein des CAF, en y insérant un module dont l'objet est le recueil des données relatives à la demande de CMU-C et leur transmission dématérialisée aux caisses d'assurance maladie pour les demandeurs dont les ressources sont présumées ne pas excéder le montant forfaitaire du RSA socle.

- L'automatisation de l'attribution des tarifs sociaux de l'énergie

Le décret n° 2012-309 du 6 mars 2012 automatise la procédure d'attribution des tarifs sociaux de l'électricité et du gaz. Le tarif de première nécessité de l'électricité donne droit à une réduction dont le taux est défini en fonction de la composition du foyer, tandis que le tarif social du gaz constitue une déduction forfaitaire établie en fonction de la plage de consommation et de la composition du foyer.

Le décret permet d'appliquer automatiquement, sauf refus exprès, les tarifs sociaux de l'énergie aux foyers éligibles (bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS), sur la base des informations transmises par les caisses d'assurance maladie et sans aucune démarche à accomplir pour les personnes.

En outre, afin de prévenir les ruptures de droits, les droits à ces tarifs sont automatiquement prolongés de six mois, les intéressés étant parallèlement informés de la nécessité de faire reconduire leurs droits à la CMU-C ou à l'ACS.

*À noter : si l'électricité et le gaz sont visés, rien n'est pour le moment prévu pour l'eau.*

- La dispense d'adhésion aux contrats obligatoires et collectifs pour les bénéficiaires de la CMU-C et l'ACS

L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale prévoit une exclusion de l'assiette des cotisations sociales pour les entreprises participant au financement des dispositifs de protection sociale complémentaire (santé, prévoyance et retraite), à condition que ceux-ci soient institués au sein de la branche professionnelle, de l'entreprise ou de l'établissement, à titre collectif et obligatoire. Un dispositif est collectif s'il offre des garanties à l'ensemble des personnels ou à une catégorie d'entre eux, sous réserve que cette catégorie soit établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'État.

Le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012, établit la liste des critères permettant de définir une catégorie objective, précise les dérogations possibles à l'uniformité des garanties et des cotisations pour l'ensemble des salariés ou l'ensemble des salariés d'une catégorie, ainsi que les dérogations possibles au caractère obligatoire du dispositif.

Ainsi, il dispose que l'acte juridique instituant les garanties collectives obligatoires, peut, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime, prévoir notamment, une dispense d'adhésion au contrat collectif obligatoire, pour les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS jusqu'à l'échéance de la CMU-C ou du droit à l'aide.

La circulaire n°DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 précise les dispenses existant pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS en indiquant que cette faculté de dispense peut s'exercer jusqu'à ce que le droit CMU-C ou ACS dont bénéficie le salarié cesse et, indépendamment de la date à laquelle la situation personnelle du salarié vient à le faire bénéficier de cette aide.

- Le transfert au Fonds CMU de la gestion de la liste annuelle des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C

Le décret n° 2011-1386 du 27 octobre 2011 confie au Fonds CMU la compétence d'établir et de diffuser la liste des organismes de protection complémentaire de santé volontaires pour participer à la gestion de la CMU-C qui était jusqu'alors exercée par la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale. Le Fonds CMU assurait déjà la diffusion de cette liste par le biais de son site internet. Ce transfert est donc une simplification administrative.

- **Les autres dispositions**

- L'exonération de la condition de stabilité de la résidence aux personnes ayant effectué un volontariat international à l'étranger

Le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 étend la liste des personnes pour lesquelles le délai de résidence de trois mois n'est pas exigible lors d'une demande de CMU, aux volontaires internationaux ayant effectué une mission à l'étranger dans le cadre du service national universel et qui, lors de leur retour en France, ne sont pas assurés à un autre titre (soit au titre de l'exercice d'une activité professionnelle, soit en tant qu'ayants droit).

- La modification des conditions d'ouverture de droits aux prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès

Le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 allège les conditions annuelles d'ouverture du droit aux prestations en nature.

Pour avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, l'assuré doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir effectué un nombre minimal d'heures de travail salarié ou assimilé, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au SMIC. Le décret n° 2013-1260 ramène les conditions exprimées en heures travaillées ou en « assiette cotisée » au cours d'une année civile, de respectivement 1 200 heures ou 2 030 SMIC à 400 heures ou 400 SMIC. Il procède également à une simplification des conditions d'accès aux indemnités journalières au-delà du sixième mois d'arrêt de travail, ainsi qu'à l'assurance invalidité.

- La prolongation de la durée d'ouverture des droits aux prestations en nature

Le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 étend la durée des droits aux prestations en nature, dès lors que les conditions d'ouverture sont remplies, à deux ans (au lieu d'un an), auxquels s'ajoute un an de maintien de droits. Il prévoit que les assurés bénéficiant d'un maintien de leurs droits à la date de publication du décret, bénéficient d'une année supplémentaire de maintien de droits.

En outre, il étend également à dix-huit mois la durée pendant laquelle sont présumées remplies les conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature pour les travailleurs salariés ou assimilés entrant dans un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ou reprenant une activité salariée ou assimilée.

- Les nouvelles modalités de remboursement des dépenses de CMU-C

L'article 22 de la loi n° 2012-1404 de financement de la sécurité sociale pour 2013 a modifié les modalités de remboursement des dépenses de CMU-C engagées par les organismes gestionnaires. Ces derniers sont dorénavant remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année du niveau de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année.

Les décrets n° 2013-827 et n° 2013-829 du 16 septembre 2013 précisent les modalités de déclaration des dépenses de CMU-C par les organismes gestionnaires (régimes obligatoires d'assurance maladie et organismes complémentaires), les modalités de remboursement par le Fonds CMU et fixent le montant forfaitaire annuel à 400 € par bénéficiaire pour l'année 2013.

- La diversification des recettes du Fonds

L'article 24 de loi n° 2012-1404 de financement de la sécurité sociale pour 2013 diversifie les recettes du Fonds par l'affectation à ce dernier d'une fraction de 3,15 % du produit des taxes sur le droit de consommation des tabacs et supprime la dotation d'équilibre de l'État.

- L'extension des tarifs sociaux de l'énergie aux bénéficiaires de l'ACS

Cette mesure a été annoncée par le Gouvernement lors de la Conférence nationale de la lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale des 10 et 11 décembre 2012. L'arrêté du 21 décembre 2012, publié au Journal officiel le 26 décembre 2012, fixe le montant annuel des ressources du foyer ouvrant droit aux tarifs sociaux de l'énergie au niveau du plafond d'attribution de l'ACS<sup>29</sup>.

- La tarification du contrat de sortie CMU-C

L'arrêté du 8 mars 2013 modifiant l'arrêté du 27 avril 2001, fixe à 370 € le tarif annuel maximum auquel les organismes complémentaires proposent la prolongation d'adhésion ou de contrat pour une durée d'un an comportant les mêmes prestations dues à toute personne ayant bénéficié par leur entremise de la CMU-C.

- L'obligation d'information de la date de fin de contrat aux bénéficiaires de l'ACS

L'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 institue une obligation incombant aux organismes complémentaires d'informer le bénéficiaire de l'ACS de la date d'échéance du contrat ainsi que de la possibilité de renouveler ou non ce contrat avec le bénéfice de l'ACS, au minimum deux mois avant l'échéance de ce contrat.

---

<sup>29</sup> Le décret n°2013-1031 du 15 novembre 2013 a étendu le bénéfice des tarifs sociaux aux personnes dont le revenu fiscal de référence annuel est inférieur à 2 175 € par part.

## **Encadré 2 : Les évolutions apportées par la loi de financement de sécurité sociale pour 2014 (loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013)**

Plusieurs mesures contenues dans la LFSS pour 2014 représentent une nouvelle étape vers la généralisation de la complémentaire santé.

Ainsi, sont insérés :

- La possibilité de faire une demande de CMU-C à titre personnel pour les étudiants percevant certaines prestations caractérisant leur situation d'isolement. Ces prestations seront déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale (article 56).
- L'augmentation de l'ACS pour les personnes de plus de 60 ans (550 € au lieu de 500 €) (article 56).
- La proposition d'un contrat de sortie aux bénéficiaires de l'ACS : les bénéficiaires de l'ACS dont les droits ne sont pas renouvelables, devront se voir proposer par l'organisme complémentaire auprès duquel ils avaient souscrit leur contrat, de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence, à un tarif identique à celui appliqué aux bénéficiaires de l'ACS (article 56).
- La sélection par le biais d'une procédure de mise en concurrence de contrats de complémentaire santé réservés aux bénéficiaires de l'ACS et offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles requises dans le cadre d'un contrat responsable (article 56).
- Le renforcement des critères de caractérisation des contrats solidaires et responsables en vue d'améliorer la prise en charge des soins dentaires prothétiques, d'orthopédie dentofaciale et optique et d'encadrer la solvabilisation des dépassements d'honoraires (article 56).

### **1.1.2. Les principaux enjeux**

Fondatrice des politiques de l'insertion et de lutte contre les exclusions, la loi du 29 juillet 1998<sup>30</sup> rappelle dans son article premier que leur objectif est de « *garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.* ».

Pourtant, le dernier rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale met en évidence les défauts ou difficultés d'accès des ménages les plus défavorisés à certains droits fondamentaux, qu'il s'agisse des biens de première nécessité, du logement, des services de santé, de la culture ou de l'éducation.

Ainsi, 8 % des personnes pauvres déclarent que leur santé est mauvaise, voire très mauvaise, contre seulement 4 % pour le reste de la population.

---

<sup>30</sup> Loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Cette loi présente deux orientations fondamentales : un traitement des exclusions et l'accès aux droits fondamentaux. L'essentiel des dispositions vise donc à créer les conditions et les procédures par lesquelles cet accès aux droits sera mieux garanti dans chacun des domaines de la vie pour les personnes les plus fragilisées par les mutations de la société.

Après la mise en place de la CMU-C, le taux de renoncement aux soins avait sensiblement diminué, chutant de 29,2 % en 2000 à 15,0 % en 2002. On observe depuis une dégradation de la situation qui semble suivre celle du taux d'intensité de la pauvreté, qui s'est accru de 2 points sur la même période. Le renoncement aux soins concernerait en premier lieu les personnes les plus défavorisées. Ainsi, 32,6 % des individus non couverts par une complémentaire santé et 20,4 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir renoncé à des soins en 2010.

### *1.1.2.1. L'intensification de la pauvreté en France*

En 2011, selon l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (annexe 3), le niveau de vie médian s'élève à 19 550 euros annuels ; il est stable en euros constants par rapport à 2010. Les 10 % des personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 10 530 euros. Les 10 % les plus aisés disposent d'au moins 37 450 euros, soit 3,6 fois plus. En 2011, les niveaux de vie augmentent uniquement pour la moitié la plus aisée de la population.

En 2011, 8,7 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire, qui correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population, et s'élève à 977 euros par mois ; la moitié d'entre elles vivent avec moins de 790 euros par mois<sup>31</sup>.

Le taux de pauvreté monétaire concerne ainsi 14,3 % de la population. En hausse de 0,3 point par rapport à 2010, il atteint son plus haut niveau depuis 1997. Cette hausse est la troisième consécutive, même si elle est plus modérée que celles enregistrées lors des deux années précédentes (+ 0,5 point en 2009 et + 0,6 point en 2010). L'intensité de la pauvreté reste stable aux alentours de 19 % : les inégalités au sein des plus modestes sont de même ampleur qu'en 2010.

La pauvreté s'accroît davantage parmi les chômeurs et les jeunes âgés de 18 à 29 ans. L'augmentation des durées de chômage et des conditions d'emplois moins favorables expliquent pour partie que ces populations soient plus affectées.

Face aux constats sévères sur la pauvreté en France, le Gouvernement a souhaité mettre en œuvre un plan d'action structurant son intervention en matière de solidarité tout au long du quinquennat.

Ainsi, le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, fruit d'un travail de concertation inédit avec l'ensemble des acteurs de la solidarité, a été adopté le 21 janvier 2013, et a vocation à améliorer la cohérence et la lisibilité de l'action gouvernementale dans les domaines concernés.

Ce plan s'articule autour de trois grands axes de réforme : réduire les inégalités et prévenir les ruptures ; venir en aide et accompagner vers l'insertion ; coordonner l'action sociale et valoriser ses acteurs.

---

<sup>31</sup> Un individu est considéré comme pauvre quand son niveau de vie (après impôts et prestations sociales) est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil habituellement utilisé était de 50 % du niveau de vie médian en France, tandis qu'Eurostat (organisme européen) et l'INSEE privilégient le seuil à 60 % qui est désormais le plus fréquemment publié. Le niveau de vie médian coupe la population en deux : autant gagne moins, autant gagne davantage.

Parmi les toutes premières mesures mises en œuvre dans le cadre de ce plan, le relèvement du plafond de la CMU-C et de l'ACS de 7 % hors inflation au 1<sup>er</sup> juillet 2013 marque une avancée importante : environ 750 000 personnes supplémentaires devraient bénéficier de l'un ou l'autre de ces dispositifs. La revalorisation du revenu de solidarité active (RSA) à hauteur de 2 % en plus de son indexation annuelle sur l'inflation, a eu lieu quant à elle dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013. L'objectif est de revaloriser le RSA à hauteur de 10 % d'ici à 2017.

Pour s'assurer de la mise en œuvre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le Premier Ministre a également confié le 1<sup>er</sup> février 2013 à l'Inspection générale des affaires sociales une mission de suivi qui sera conduite tout au long du quinquennat, sur la base de la création d'un tableau de bord retraçant la montée en charge et l'impact des mesures, ainsi que d'une méthode de travail permettant une appropriation et une déclinaison territoriale du plan. Un rapport a été élaboré au terme de la première année de sa mission, qui a été présenté en début d'année au comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE) et au conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE). Par ailleurs, chaque année le Gouvernement produira un rapport sur le suivi de l'évolution de la pauvreté et les politiques mises en œuvre. En 2014, ce rapport rendra également compte de la mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

#### *1.1.2.2. Le rôle indispensable de la couverture complémentaire santé dans l'accès aux soins*

En termes d'accès aux soins, la couverture complémentaire santé même si elle ne règle pas tous les problèmes, est d'autant plus indispensable que le niveau des revenus des personnes est faible. En effet, les restes à charge après l'intervention du régime obligatoire d'assurance maladie peuvent être trop importants pour être directement assumés par les ménages qui préféreront affecter leurs ressources à des besoins « primaires ». Dans ce cas, la détention d'une complémentaire est la « clé » indispensable de l'accès aux soins. Mais, la souscription directe d'une complémentaire peut s'avérer également trop lourde pour ces ménages.

C'est pourquoi deux dispositifs ont été créés successivement pour permettre aux personnes ayant de faibles revenus d'accéder à une assurance complémentaire santé, la CMU-C entrée en vigueur en 2000 et l'ACS en 2005.

L'IRDES, dans sa contribution au rapport d'évaluation, cite plusieurs analyses tirées des déclarations de renoncement aux soins qui montrent qu'en 2008, 15,4 % de la population adulte déclarent avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois ; ce refus concerne essentiellement les soins dentaires et dans une moindre mesure l'optique. Une analyse économétrique (*Després et al, 2011a*) fait apparaître une gradation dans l'effet de la complémentaire santé sur le renoncement : plus le niveau de couverture déclaré est faible et plus le renoncement aux soins est important. Ce renoncement culmine pour les individus sans complémentaire santé.

L'IRDES souligne cependant que la même analyse économétrique fait apparaître un effet important du niveau de précarité sur le recours aux soins et que le plus fort renoncement aux soins des précaires n'est pas dû seulement à un défaut d'accès à la complémentaire santé.

Une raison qui peut être avancée est que la couverture complémentaire santé ne lève pas tous les obstacles financiers à l'accès aux soins : pour un certain nombre de soins, le patient doit avancer les frais ; de plus, même assurés, les individus doivent supporter un reste à charge plus ou moins important suivant le niveau de couverture, en particulier pour l'optique, le dentaire et certains soins de spécialistes pour lesquels les restes à charge peuvent être importants.

La couverture santé s'est fortement diffusée dans la population au cours des trente dernières années pour atteindre une quasi généralisation en 2010 puisque d'après l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) 2010, 96 % de la population serait couverte. Comme l'indique le dernier rapport du HCAAM (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) : « *il reste ainsi une frange de la population – 4 % soit près de 2,5 millions de personnes – qui n'a pas de complémentaire santé* ». Approfondissant les chiffres mis à disposition dans ESPS 2010, la Haute Autorité précise que s'agissant des « *non couverts* », « *près de la moitié de cette population, soit un peu plus d'un million de personnes, déclare ne pas avoir les moyens d'accéder à une complémentaire santé ; les autres ne souhaitent pas être couvertes estimant ne pas en avoir besoin ou n'y pensant pas* ».

C'est cette population d'un peu plus d'un million de personnes qu'il conviendrait d'intégrer à la population couverte pour pouvoir parler de généralisation « *sachant qu'il y aura toujours des personnes, en nombre limité, ne souhaitant pas être couvertes* ».

L'IRDES rappelle pour sa part que la principale raison de l'absence de couverture est d'ordre financière (Peronnin et al, 2011), et deux phénomènes expliquent ce résultat :

- l'accès à la couverture d'entreprise est réservé par nature aux salariés, et il est plus fréquent pour les salariés des catégories professionnelles supérieures, les cadres ;
- la complémentaire santé individuelle, tarifée indépendamment du revenu représente un effort financier d'autant plus important que les ressources du ménage sont faibles.

Dans le cadre de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi qui transpose l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, il est prévu qu'à l'horizon 2016, l'ensemble des salariés seront couverts par un contrat de couverture complémentaire santé obligatoire d'entreprise (voir partie 223). Cette généralisation devrait permettre de diminuer le nombre de personnes non couvertes pour raison financière, sachant qu'ensuite, le niveau des garanties proposé devra être suffisant pour leur éviter des restes à charge trop importants.

### **Encadré 3 : Le rapport du HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé**

Le rapport, adopté et publié le 18 juillet 2013, revient sur le rôle de l'assurance maladie complémentaire puis détaille les voies et moyens de la généralisation annoncée par le Président de la République. Partant du constat que la détention d'une couverture complémentaire santé est une des clés indispensables à l'accès aux soins, surtout pour les revenus les plus faibles, il évoque les pistes d'amélioration des deux dispositifs CMU-C et ACS.

S'agissant de la CMU-C, il prône l'amélioration du panier de soins sur l'optique et l'audioprothèse.

Pour l'ACS, il recommande une évolution du dispositif, afin de faciliter le choix d'une complémentaire santé d'un bon rapport qualité/prix, en évoquant les pistes d'un appel d'offre afin de réduire le nombre de contrats éligibles à l'ACS ou la mise en place d'une CMU-C payante. Il propose également de permettre l'utilisation de l'ACS pour le paiement des cotisations à la complémentaire santé collective.

L'amélioration de l'information doit également permettre de « rendre effectif le recours aux dispositifs ».

Si l'ANI étend considérablement le champ de la couverture complémentaire santé, une attention particulière devra porter sur ceux qui sont exclus de toute aide, bien que disposant de faibles revenus, en particulier les retraités ainsi que les chômeurs de longue durée et les étudiants.

Pour le HCAAM, le montant des dépenses nouvelles liées à la généralisation de la couverture collective conduit à s'interroger sur la possibilité d'un redéploiement partiel des aides dédiées aux contrats collectifs, sur lesquelles le rapport revient en détail, au profit de la couverture individuelle des ménages, notamment les plus modestes dont les garanties sont aujourd'hui moins bonnes.

### *1.1.2.3. Les dernières données de la DREES sur les populations cible et les taux de recours*

La DREES a repris les évaluations des populations cible CMU-C et ACS dans la note DREES-BRE N° 92/2013 du 17/09/2013 (cf. annexe 4).

La population cible en métropole, pour 2012, se situe dans une fourchette allant de 5,0 à 5,9 millions de personnes pour la CMU-C.

Pour l'ACS, la fourchette varie de 2,7 à 3,9 millions pour l'ACS, desquels il convient de retirer une proportion de 21 % pour les personnes qui ne sont pas éligibles parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire<sup>32</sup>, soit une fourchette corrigée allant de 2,1 à 3,1 millions.

Pour le taux de recours à la CMU-C, on utilise le nombre de bénéficiaires en France métropolitaine fourni par le Fonds CMU. Les bénéficiaires du RSA socle sont intégrés parmi les personnes éligibles à la CMU-C. Ce taux se situe entre 66 % et 79 % en 2012.

Pour l'ACS, on utilise le nombre de bénéficiaires d'une attestation ACS France entière, tous régimes, fourni par le Fonds CMU. Ce nombre est corrigé des DOM (- 10 %)<sup>33</sup>. De ce nombre sont extraits les bénéficiaires des DOM puis le nombre d'éligibles est corrigé de la proportion de bénéficiaires d'un contrat collectif estimée à 21 % – cf *supra* – par la DREES. Au final, le taux de recours à l'ACS se situe entre 30 % et 43 %.

La diminution du taux de recours à l'ACS en 2011 puis en 2012 fait suite aux relèvements successifs du plafond d'éligibilité. Ces relèvements ont entraîné une progression du nombre de bénéficiaires entre 2010 et 2012 (+ 59 %), mais une hausse encore plus importante de la population éligible sur la même période (entre 125 % pour la borne inférieure et 129 % pour la borne supérieure).

---

<sup>32</sup> Cette proportion est estimée avec le modèle OMAR 2010 en calculant la part des bénéficiaires d'un contrat collectif (obligatoire ou facultatif) parmi les personnes du deuxième décile de niveau de vie (dont les revenus correspondent globalement aux personnes éligibles à l'ACS). Cette proportion est de 27 %. Comme on sait par ailleurs que 80 % des contrats collectifs sont obligatoires, on estime à 21 % le nombre de personnes éligibles à l'ACS selon le critère de ressources mais qui ne peuvent en bénéficier du fait qu'elles bénéficient d'un contrat collectif obligatoire.

<sup>33</sup> Pour obtenir le nombre de bénéficiaires d'une attestation ACS en France métropolitaine (indisponible dans les données du Fonds CMU), on part du nombre de bénéficiaires d'une attestation ACS en France entière, tous régimes, que l'on diminue de 10 % en 2011 (le ratio constaté des bénéficiaires des DOM parmi l'ensemble des bénéficiaires France entière sur le seul champ de la CNAMTS – hors MSA et RSI).

*Populations cible CMU-C, taux de recours, métropole, effectifs en millions*

	2009	2010	2011	2012
<b>Borne inférieure</b>	4,30	4,60	4,70	5,00
<b>Borne supérieure</b>	5,10	5,50	5,60	5,90
<b>Effectifs réels</b>	3,64	3,70	3,82	3,92
<b>Taux de recours Sup</b>	85%	80%	82%	79%
<b>Taux de recours Inf</b>	71%	68%	69%	66%

Sources : DREES – Fonds CMU

*Populations cible ACS, effectifs ACS, taux de recours, métropole, effectifs en millions*

Plafond CMUC +	20,0%	20,0%	26,0%	35,0%
	2009	2010	2011	2012
<b>Borne inférieure</b>	2,60	1,20	1,60	2,70
<b>Borne supérieure</b>	3,70	1,70	2,20	3,90
<b>Borne inférieure -21%</b>	2,05	0,95	1,26	2,13
<b>Borne supérieure -21%</b>	2,92	1,34	1,74	3,08
<b>Effectifs</b>		0,58	0,69	0,92
<b>Taux de recours Sup</b>		64%	56%	43%
<b>Taux de recours Inf</b>		45%	39%	30%

Sources : DREES – Fonds CMU

Pour 2013, l'impact de la mesure pauvreté est estimé en calculant le nombre de personnes qui auraient été éligibles à la CMU-C ou à l'ACS en 2012, avec un plafond d'éligibilité à la CMU-C moyen de 2012 majoré de 7 %. Ainsi, la population cible pour la CMU-C se situerait entre 5,3 et 6,3 millions et celle pour l'ACS entre 3,4 et 4,9 millions, soit entre 2,7 et 3,9 millions en données corrigées (après retrait des 21 % de personnes éligibles à des contrats collectifs).

La population cible évaluée pour la mesure pauvreté est décomptée dès la mise en place de cette dernière, alors que son plein effet est en réalité prévu au terme de 18 mois pour la CMU-C et de 30 mois pour l'ACS.

Toutefois, en partant des effectifs au 30 septembre 2013, le taux de recours à la CMU-C se situe entre 67 % et 79 %, ce qui est déjà égal à 2012. Cette continuité s'explique par la forte croissance du nombre de bénéficiaires (+ 7,2 % entre septembre 2012 et septembre 2013), qui est due à l'évolution de la crise économique et à la mesure de relèvement du plafond.

Pour l'ACS, en se basant également sur le nombre de bénéficiaires au 30 septembre 2013, le taux de recours pourrait se situer entre 26 % et 38 %, ce qui est inférieur de 4 à 5 points par rapport aux taux de 2012. L'effet retard, habituellement constaté lors des précédents relèvements de plafond de l'ACS, ne permet pas de tirer des conclusions pour le moment et il faut retenir par ailleurs qu'une forte proportion de bénéficiaires potentiels se situe dans la tranche entre P+26 % et la tranche à P + 44,5 %. Les taux actuellement constatés seront donc utiles postérieurement, pour mesurer leur progression dans le temps, au terme fixé pour l'atteinte du plein effet de la mesure de relèvement du plafond.

Dans la tranche de bénéficiaires, potentiellement concernés par une augmentation de + 7 % du plafond CMU-C, on comptabilise 53 000 bénéficiaires pour 7 points d'amplitude alors que, dans la tranche qui se situe entre + 35 % et + 44,45 % du plafond CMU-C, on compte 129 000 bénéficiaires pour 9,45 points d'amplitude.

Des éléments d'approfondissement paraissent donc nécessaires, pour s'assurer du rapport entre la faible densité de bénéficiaires potentiels de la CMU-C de P à P + 7% et la forte densité de P + 35 % à P + 44,45 %.

*Distribution de la population cible par tranches définies par rapport au plafond CMU-C, avant application de mesure de pauvreté (soit + 44,45 % avec application de la mesure), métropole, en millions*

Tranche	Amplitude de la tranche en points	Nb bénéficiaires de la tranche	Nb bénéficiaires par point d'amplitude
<= Seuil CMU-C	100	5,43	0,054
> Seuil CMU-C <= Seuil CMU-C + 7 %	7	0,37	0,053
> Seuil CMU-C + 7 % <= Seuil CMU-C + 15 %	8	0,55	0,069
> Seuil CMU-C + 15 % <= Seuil CMU-C + 20 %	5	0,50	0,100
> Seuil CMU-C + 20 % <= Seuil CMU-C + 26 %	6	0,67	0,112
> Seuil CMU-C + 26 % <= Seuil CMU-C + 30 %	4	0,68	0,170
> Seuil CMU-C + 30 % <= Seuil CMU-C + 35 %	5	0,56	0,112
> Seuil CMU-C + 35 % <= Seuil CMU-C + 44,45 %	9,45	1,22	0,129

*Seuil CMU-C de référence : Seuil CMU-C 2012 Sources : DREES – Fonds CMU*

#### **Encadré 4 : Les étudiants et la complémentaire santé**

A la demande du Fonds CMU, et en collaboration avec l'ODENORE, une étude est en cours de réalisation auprès des 40 000 étudiants de l'Université de Grenoble, pour connaître le nombre d'étudiants sans complémentaire santé et estimer la proportion de ceux qui pourraient accéder à une complémentaire gratuite ou aidée. Il s'agit également de caractériser ces étudiants, de comprendre les raisons de l'absence de complémentaire et d'en percevoir les conséquences en termes de renoncements à des soins.

L'étude porte sur l'ensemble des filières et du cycle Licence-Master-Doctorat (hormis les Master 2 du fait d'une autre enquête en parallèle).

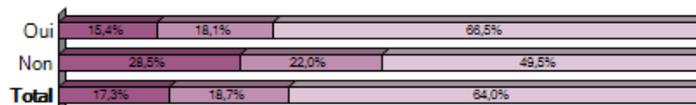
Tout juste après la mise en ligne du questionnaire, les premiers résultats sur 1247 étudiants indiquent que 15 % n'ont pas de complémentaire santé. Cette absence de complémentaire impacte de façon significative le renoncement aux soins, signalé par 66,5% des étudiants sans complémentaire et 49,5 % de ceux disposant d'une complémentaire. Le renoncement aux soins est lié notamment au manque de moyens financiers (46,6 % des cas), au manque de temps dû aux études et à l'emploi (19,1%), au choix d'attendre que le besoin perçu passe (17,8 %).

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires ou ophtalmologiques, des achats de médicaments, alors que vous en auriez eu besoin ?  
Avez-vous une complémentaire santé ?**

	Oui plusieurs fois			Oui à une occasion			Non jamais			Total		
	N	% cit.	Sign.	N	% cit.	Sign.	N	% cit.	Sign.	N	% cit.	Sign.
Oui	163	15,4%	- (PS)	192	18,1%		705	66,5%		1060	100,0%	
Non	53	28,5%	+ (TS)	41	22,0%		92	49,5%	- (S)	186	100,0%	
Total	216	17,3%		233	18,7%		797	64,0%		1246		

La relation est très significative.

La colonne 'Sign.' donne la significativité (Comparaison à l'effectif théorique).



L'absence de complémentaire sera mise en relation avec des indices de précarité. Tous étudiants confondus, il apparaît que 59,7 % déclarent souffrir de solitude, 62,9 % renoncent à des achats de première nécessité, 13,4 % déclarent ne pas toujours manger à leur faim. 37,2% ont un reste pour vivre égal ou inférieur à 99 euros.

Les traitements à venir permettront de comparer plusieurs populations au regard de la population des étudiants avec complémentaire (CMU-C, ou autre avec ou sans ACS) :

- les étudiants sans complémentaire, pouvant être ouvrants-droit à la CMU-C ou bénéficiaires de l'ACS,
- les étudiants sans complémentaire, mais potentiellement éligibles à la CMU-C comme ayants-droit de parents avec des droits ouverts ou pouvant en avoir,
- les étudiants sans complémentaire, non éligibles à la CMU-C ou ACS.

Piste de travail 1 : Approfondir l'étude sur la forte densité de population cible dans la tranche P + 35 % – P + 44,5 %, qui correspond à l'élargissement du plafond de l'ACS par rapport au plafond 2013, suite à la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond du 1er juillet 2013. Intégrer les départements d'outre-mer dans ces évaluations sur les populations cible.

## 1.2. La CMU-C : une progression plus rapide des effectifs mais une dépense qui reste maîtrisée

### 1.2.1. Les effectifs de la CMU-C

#### 1.2.1.1. Une croissance des effectifs encore plus rapide

L'année 2013 a été marquée par le relèvement du plafond de ressources, qui a soutenu la dynamique du nombre de bénéficiaires, soutenue par ailleurs par la conjoncture économique difficile.

La progression des effectifs était perceptible dès avant cette mesure.

*Effectifs et évolutions des bénéficiaires de la CMU-C à fin juin 2013  
(avant la revalorisation du plafond de ressources)*

<b>Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 30 juin 2013</b>			
<b>Régime d'attribution</b>	<b>Métropole</b>	<b>DOM</b>	<b>Total</b>
<b>Régime général</b>	3 656 055	540 734	4 196 789
<b>Évolution sur 6 mois</b>	2,8%	0,6%	2,5%
<b>Évolution sur un an</b>	4,1%	0,7%	3,6%
<b>Tous régimes *</b>	4 075 264	574 132	4 649 396
<b>Évolution sur 6 mois</b>	2,7%	0,6%	2,4%
<b>Évolution sur un an</b>	4,2%	0,5%	3,8%

\* Données définitives. Sources : tous régimes

Elle a été toutefois fortement amplifiée par la mesure. Un an après le relèvement du plafond de ressources, le nombre de bénéficiaires a crû de 9,1%, soit près de 500 000 personnes.

*Effectifs et évolutions pour les bénéficiaires de la CMU-C, à fin juillet 2014*

<b>Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 juillet 2014 *</b>				
<b>Régime d'attribution</b>	<b>Métropole</b>	<b>DOM</b>	<b>Total</b>	<b>Dont OC</b>
Régime général	4 034 710	587 763	4 622 473	630 276
Régime social des indépendants	294 035	11 515	305 550	51 924
Régime agricole	109 591	10 566	120 157	23 239
Autres régimes et SLM	64 863	11 733	76 596	26 123
<b>Total Juillet 2014</b>	<b>4 503 199</b>	<b>621 577</b>	<b>5 124 776</b>	<b>731 562</b>

<b>Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 juillet 2013 au 31 juillet 2014 *</b>				
<b>Régime d'attribution</b>	<b>Métropole</b>	<b>DOM</b>	<b>Total</b>	<b>Dont OC</b>
Régime général	+9,1%	+7,9%	+8,9%	+6,2%
Régime social des indépendants	+9,2%	0	+8,5%	+0,1%
Régime agricole	+16,1%	0	+14,3%	+19,6%
Autres régimes et SLM	+11,9%	+15,2%	+12,4%	+5,2%
<b>Total</b>	<b>+9,3%</b>	<b>+7,5%</b>	<b>+9,1%</b>	<b>+6,1%</b>

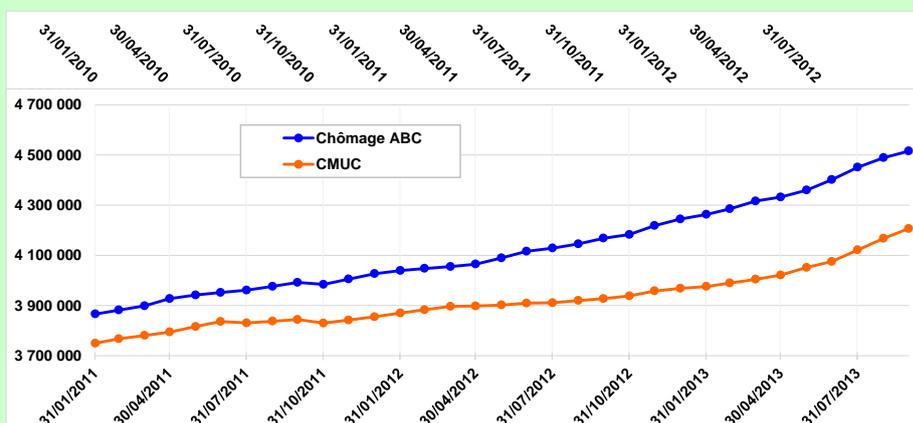
### Encadré 5 : Une progression qui s'accélère

L'évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C peut être considérée comme un indicateur d'accès aux droits, mais aussi comme un indicateur de crise, compte tenu du fait que l'accès à la prestation est réservé à des personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté. En ce sens, il convient de situer l'évolution des effectifs de la CMU-C par rapport à d'autres indicateurs, qui sont l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi et du nombre de bénéficiaires du RSA socle.

#### Évolutions comparées du chômage et des effectifs de la CMU-C

Pour les personnes ayant un emploi régulier, l'entrée dans une situation de chômage engendre une perte de ressources, mais les différentes formes d'indemnités liées à la perte d'emploi permettent aux personnes concernées de maintenir leurs revenus au-dessus du plafond de la CMU-C pendant un certain nombre de mois. Le rapport entre l'évolution du nombre des demandeurs d'emploi et des bénéficiaires de la CMU-C se mesure donc avec un décalage. Depuis janvier 2011, en métropole, il s'avère que l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C suit un mouvement similaire à l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi douze mois plus tôt, la courbe du chômage étant toutefois plus rapide.

*Évolution des effectifs des demandeurs d'emploi de janvier 2010 à septembre 2012 et des effectifs de la CMU-C de janvier 2011 à septembre 2013, en métropole*



Sources : Pôle emploi, tous régimes de protection maladie

#### Précisions méthodologiques

On distingue 4 catégories de demandeurs d'emploi :

Les catégories A, B et C ont été retenues pour le comparatif avec les effectifs de la CMU-C ;

Catégories de demandeurs d'emploi :

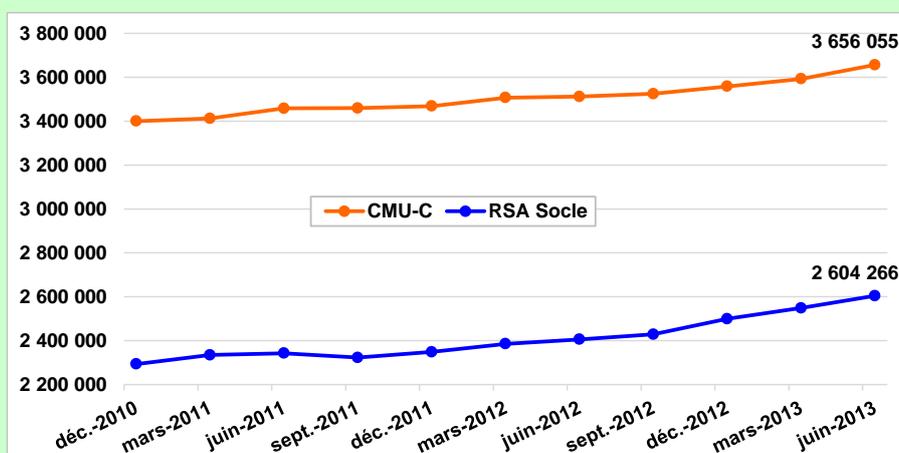
- Catégorie A : Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi ;
- Catégorie B : Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, ayant exercé une activité réduite courte (i.e. de 78 heures ou moins au cours du mois) ;
- Catégorie C : Demandeurs d'emploi tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, ayant exercé une activité réduite longue (i.e. de plus de 78 heures au cours du mois) ;
- Catégorie D : Demandeurs d'emploi non tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi (en raison d'un stage, d'une formation, d'une maladie...), sans emploi ;
- Catégorie E : Demandeurs d'emploi non tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, en emploi (par exemple : bénéficiaires de contrats aidés).

Les bénéficiaires du RSA socle accèdent à la CMU-C sans étude de la condition de leurs ressources et d'autre part bénéficient d'une simplification dans les démarches à accomplir puisqu'une pré-instruction de leur demande de CMU-C est réalisée lors du dépôt de leur demande de RSA socle. La mise en place de la pré-instruction s'est effectuée progressivement et sa généralisation devrait être facilitée par le développement de la transmission dématérialisée. Pour autant, tous les bénéficiaires du RSA socle ne bénéficient pas de la CMU-C et les données précises sur le non recours à la CMU-C des allocataires du RSA socle sont en cours d'étude à la CNAMTS.

Il reste pertinent, quoiqu'il en soit d'observer le parallèle dans l'évolution des deux prestations.

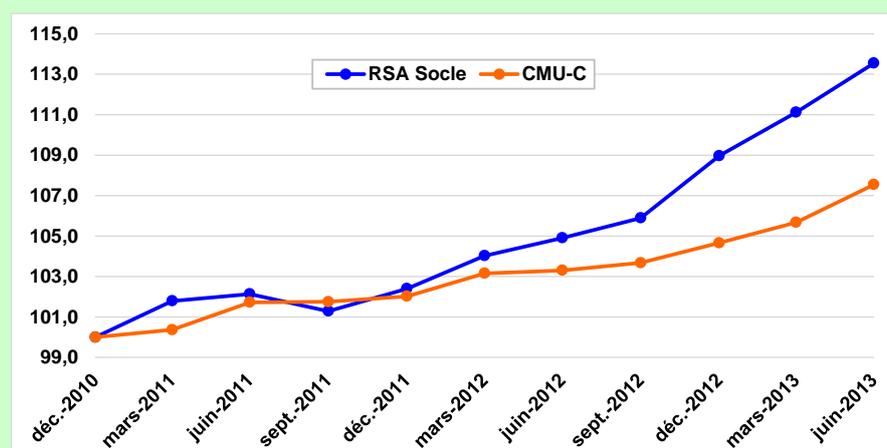
Depuis fin 2010, les évolutions des effectifs des bénéficiaires du RSA socle et de la CMU-C (au sens de personnes couvertes, bénéficiaires et ayants-droit) sont similaires, avec toutefois une progression plus rapide pour le RSA socle. Ceci laisse entendre qu'une partie des personnes ayant accédé au RSA socle n'a pas encore fait valoir leurs droits à la CMU-C.

*Évolutions des effectifs des bénéficiaires du RSA socle et de la CMU-C, de décembre 2010 à septembre 2013, métropole*



Sources : CNAF, CNAMTS

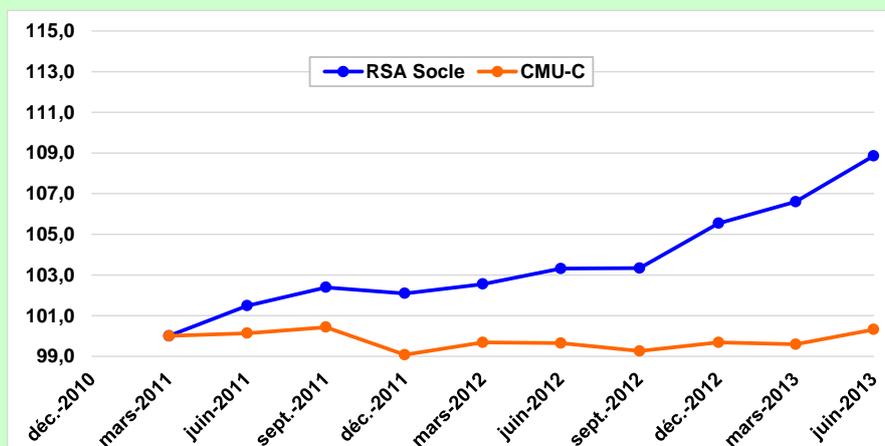
*Évolutions des effectifs des bénéficiaires du RSA socle et de la CMU-C, en base 100 de décembre 2010 à septembre 2013, métropole*



Sources : CNAF, CNAMTS

Dans les Dom, le RSA socle a progressé selon le même mouvement, mais moins rapidement qu'en métropole, alors que la CMU-C, n'a pas évolué, ceci avant la mise en place de la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond CMU-C. Pour précision, la série commence à mars 2011, mois de la généralisation du RSA dans les Dom, en remplacement des prestations antérieures (RMI...).

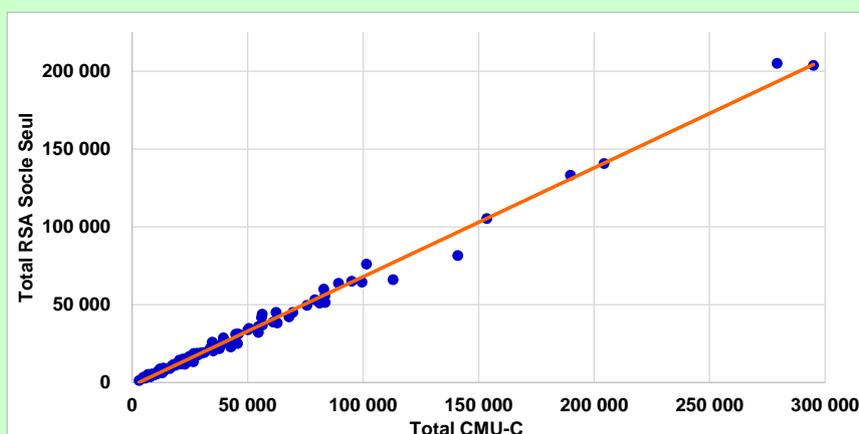
*Évolutions des effectifs des bénéficiaires du RSA socle et de la CMU-C, en base 100 de mars 2011 à septembre 2013, Dom*



Sources : CNAF, CNAMTS

Enfin, au niveau des départements, on constate une très grande corrélation entre le nombre de bénéficiaires du RSA socle par département et le nombre de bénéficiaires de la CMU-C.

*Corrélation entre les bénéficiaires du RSA socle et les bénéficiaires de la CMU-C, par département, métropole et Dom, au 30/06/2013*



Sources : CNAF, CNAMTS

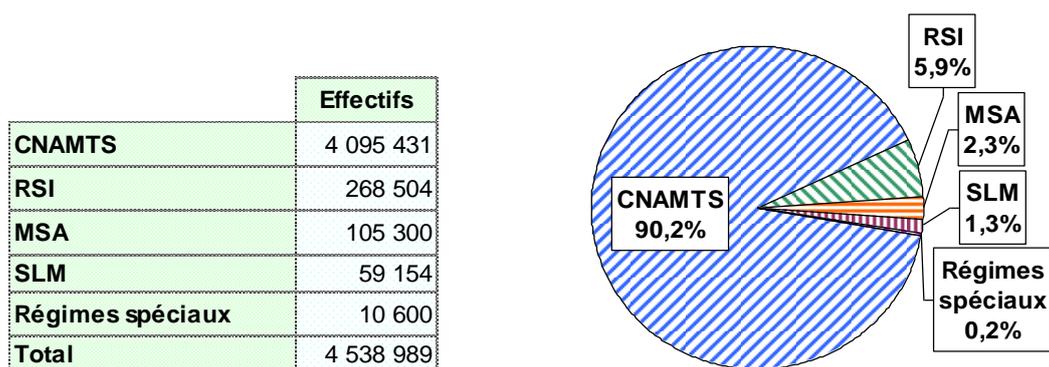
Piste de travail 2 : Créer un indicateur sur le recours à la CMU-C des bénéficiaires du RSA socle, à l'échelon national et départemental, au régime général.

*1.2.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C*

■ *Répartition par régime*

Le régime général compte 90,2 % des effectifs de la CMU-C. Les chiffres comprennent l'ensemble des bénéficiaires déclarés dans les régimes de base, que la gestion de la CMU-C ait été confiée à un régime de base ou à un organisme complémentaire.

Répartition des effectifs par régime de base, métropole et Dom, au 31 décembre 2012



Source : tous régimes

Les taux d'évolution entre 2011 et 2012 (au 31 décembre de chaque année) sont contrastés : + 2,3 % pour le régime général, + 11,6 % pour le RSI, - 4,2 % pour la CCMSA et + 2,5 % pour les régimes spéciaux et les SLM.

Évolution des effectifs par régime, métropole et Dom, entre fin 2011 et fin 2012

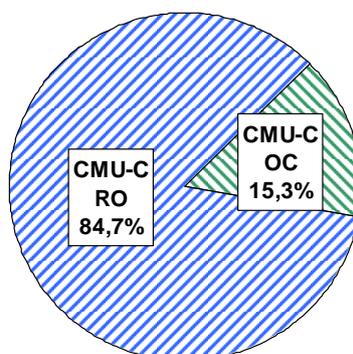
Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 décembre 2011 au 31 décembre 2012 *				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+2,6%	+0,6%	+2,3%	+0,4%
Régime social des indépendants	+11,6%	+11,8%	+11,6%	+2,8%
Régime agricole	-4,3%	-3,2%	-4,2%	-5,9%
Autres régimes et SLM	+2,5%	+3,0%	+2,5%	-0,8%
<b>Total</b>	<b>+2,9%</b>	<b>+0,8%</b>	<b>+2,7%</b>	<b>+0,4%</b>

Source : tous régimes

■ Répartition par organisme gestionnaire

La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, par son organisme d'assurance maladie d'affiliation ou par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C. Tous régimes confondus, sur l'ensemble du territoire, 84,7 % des bénéficiaires choisissent la gestion par leur caisse d'assurance maladie.

Répartition de la gestion de la CMU-C, métropole et Dom, estimation au 31 décembre 2012

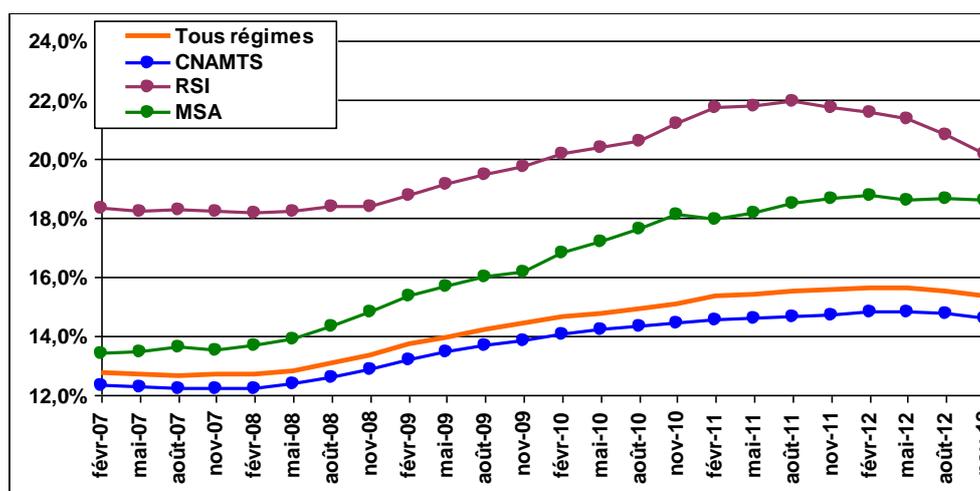


Source : Tous régimes

Fin novembre 2012, la part des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour la gestion de leurs droits est de 15,3 % pour l'ensemble des régimes (le maximum a été 15,6 %, aux échéances de février et mai 2012) et de 14,6 % au régime général (le maximum a été 14,8 %, aux échéances de décembre 2011 à juin 2012). La baisse est plus marquée au régime des indépendants, qui est historiquement le régime qui a toujours compris la plus forte proportion de bénéficiaires qui ont fait le choix d'un OC pour gérer leurs droits à la CMU-C. Après un taux maximum de 21,9 % de juin à août 2011, ce taux baisse à 20,2 % en novembre 2012.

*Évolutions de part des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi l'option de gestion de leurs droits par un OC, de février 2007 à novembre 2012, métropole et Dom, RSI, CCMSA,*

*CNAMTS et tous régimes*

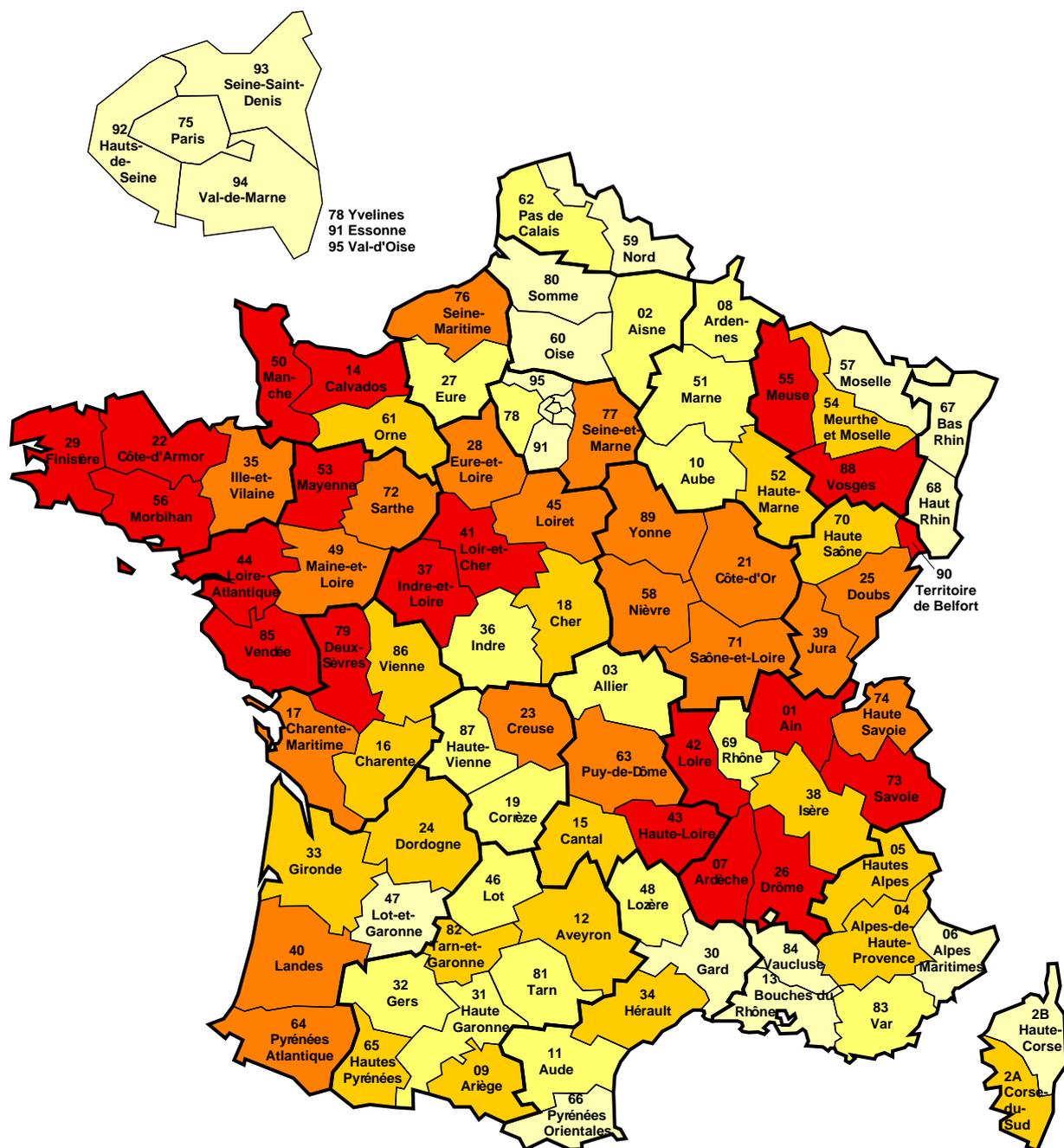


Sources : Tous régimes

Comme cela a été précédemment avancé, les fortes proportions de gestion par les OC dans certains départements s'expliquent, soit par une plus grande tradition mutualiste dans la région, soit par des démarches spécifiquement mises en place par les caisses afin d'informer les bénéficiaires sur le droit au contrat de sortie<sup>34</sup> dans l'année suivant la fin du droit à la CMU-C, lorsque celle-ci a été gérée par un OC.

<sup>34</sup> Contrat de sortie : À l'expiration de leur droit à la CMU-C, les personnes ayant opté pour la gestion par un OC, se voient proposer par cet OC, un contrat offrant les mêmes garanties que la CMU-C à un tarif (préférentiel) réglementé.

Répartition des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour gérer leurs droits, par département, en métropole, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), au 31 décembre 2012



Couleur	Pourcentage OC	Nombre	Pourcent Effectifs CMUC
■	>= 28,0% <= 57,5%	20	12,0%
■	>= 20,5% < 28,0%	19	15,3%
■	>= 15,1% < 20,5%	19	12,6%
■	>= 11,6% < 15,1%	19	19,7%
■	>= 2,4% < 11,6%	19	40,3%
		<b>96</b>	<b>100,0%</b>

Outil carte : Philcarto – Source : CNAMTS, RSI, MSA

## **Encadré 6 : La gestion des bénéficiaires de la CMU-C par les organismes complémentaires agréés**

La CMU-C peut être gérée, selon le choix du bénéficiaire, par la caisse d'assurance maladie dont il dépend, ou par un organisme complémentaire, à savoir, une mutuelle, une assurance, ou une institution de prévoyance.

Une étude a été commandée auprès des élèves de la 52<sup>ème</sup> promotion de l'École Nationale Supérieure de sécurité sociale (EN3S) par le Fonds CMU avec pour but d'étudier les déterminants du choix de gestion de la CMU-C par les bénéficiaires. Cette étude s'inscrit dans un contexte particulier : le taux de bénéficiaires choisissant un OC pour la gestion de leurs droits n'avait cessé d'augmenter de janvier 2008 à mars 2012.

Ce projet de « Recherche-Action » s'appuie à la fois sur une recherche littéraire, et sur une étude de terrain. Un échantillon de neuf CPAM a été retenu parmi des organismes représentatifs de la variation des taux de bénéficiaires ayant confié leurs droits à un OC : un premier lot était constitué de caisses à faible taux historique ; un deuxième, de caisses à fort taux historique ; un troisième était composé de caisses ayant connu les plus fortes augmentations de ce taux sur les cinq dernières années. En complément, un entretien a été mené auprès de la CPAM du Rhône dont le taux est proche de la moyenne. Deux entretiens ont été menés auprès d'Organismes Complémentaires : les plus importants dans le dispositif, en nombre d'assurés gérés, ont été ciblé : il s'agit de la MAAF, de Prévadies, des groupes Harmonie et Eovi.

Le questionnaire a été construit en lien avec la CPAM du Rhône. En réalité, ce sont deux questionnaires qui ont été élaborés : le premier s'adressait aux bénéficiaires ayant opté pour un OC, et le second, aux bénéficiaires ayant opté pour la CPAM. Collégalement, il a été décidé que 1000 questionnaires seraient envoyés, dont 500 aux optant-CPAM, et 500 aux optant-OC.

Trois thèmes ont été mis en exergue : le profil des bénéficiaires (catégorie socioprofessionnelle, situation personnelle, niveau d'études...) ; les motivations des bénéficiaires (avantages financiers, inconvénients pratiques, éléments subjectifs de confiance...) ; et la politique de communication dont ils ont fait l'objet (information précise, personnalisée, contenu de l'information...).

Des résultats du questionnaire, ainsi que de la restitution des entretiens, ressortent deux grands déterminants pour le choix de gestion.

Tout d'abord, le rôle et l'influence des organismes paraît avoir des conséquences sur l'option.

En premier lieu, malgré la volonté de conserver une neutralité dans le discours, la communication parfois partielle des CPAM quant aux inconvénients et avantages de chaque option peut influencer le choix des bénéficiaires. Il a en effet été mis en exergue que les efforts de communication des CPAM sont inégaux. En effet, il varie tout d'abord lors de l'instruction du dossier par les agents d'accueil qui présument du profil des bénéficiaires (en termes de précarité, fragilité, autonomie).

Il varie également selon les difficultés de productivité et d'efficience des organismes (le choix d'option pour un OC emporte des actes d'instruction supplémentaires du dossier). Il diffère enfin selon l'implantation géographique de la CPAM, sachant que certains territoires ont une tradition mutualiste plus forte que d'autres.

En deuxième lieu, en ce qui concerne les organismes complémentaires, il est apparu que leur rôle était contraint dans la gestion du dispositif, et que leur politique de communication, et donc leur influence, étaient limitées.

En effet, les modalités de gestion mêmes du dispositif réduisent les marges de manœuvre des OC. L'essentiel de la gestion appartient à la CPAM : les OC ne connaissent pas leurs assurés et les assurés n'ont pas de contact avec leur OC. Par ailleurs, la politique de communication, comme le positionnement stratégique vis-à-vis du dispositif, varie en fonction des OC concernés. Il est essentiellement contraint par l'organisation du dispositif, même si certains OC ont une politique de communication plus offensive vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU-C.

En troisième lieu, des partenariats avec les organismes sociaux se développent. La CAF a notamment un rôle non négligeable dans la communication sur le dispositif, dans le cadre de l'instruction du Revenu de Solidarité Active et l'affiliation systématique des bénéficiaires à la CMU-C.

Ensuite, le second déterminant résultant de l'enquête, est relatif aux bénéficiaires, et concerne leurs profils et leurs motivations. En effet, le profil socio-économique des bénéficiaires varie en fonction de leur choix de gestion. Les bénéficiaires optant pour la gestion par une CPAM ont un profil plus précaire que les optant-OC : ils bénéficient davantage du RSA, sont au chômage et affiliés à la CMU-C depuis plus longtemps, ont un niveau d'études inférieur, et sont davantage représentatifs des catégories socioprofessionnelles des employés et ouvriers. Il ressort également que les critères « subjectifs » de motivation, prévalent sur les critères objectifs (argument financier, plus grande simplicité...) : les optant-CPAM ont mis en relief la confiance dans la CPAM comme déterminant de leur choix, tandis que les optant-OC ont souligné leur attachement traditionnel à leur mutuelle, et le refus d'être stigmatisé par rapport aux autres assurés.

De ces différents constats éclairant le choix d'option des bénéficiaires, extraits des résultats des études qualitative et quantitative, il a pu être formulées des préconisations, afin de faciliter la gestion du dispositif et d'en améliorer la transparence.

En effet, lors des entretiens est unanimement apparue la difficulté de manipuler la liste des OC agréés pour gérer les droits CMU-C. Les préconisations formulées en la matière concernent à la fois l'ergonomie et la mise à jour de la liste. La CPAM de l'Isère a mis à disposition pour toute la région Rhône-Alpes un outil afin de faciliter la gestion de la liste par les agents d'accueil : cette application, simple d'utilisation, permet de rechercher les organismes complémentaires par numéro de mutuelle, nom ou ville.

Par ailleurs, les CPAM pâtissent de l'absence de dématérialisation des flux entre OC et CPAM en ce qui concerne l'ouverture des droits des bénéficiaires. Une action est sans doute à engager en ce sens afin de fluidifier les échanges entre les organismes.

Ensuite, un manque de transparence sur le dispositif a été mis en évidence. En effet, la méconnaissance des différents acteurs concernant le dispositif met en avant un certain manque d'information et de communication à plusieurs niveaux.

Les OC n'ont pas contact avec leurs assurés. Les agents d'accueil de la CPAM connaissent mal et communiquent peu sur les tarifs préférentiels et le contrat de sortie dont les assurés peuvent bénéficier s'ils choisissent l'option-OC. Enfin, les bénéficiaires paraissent peu informés de la possibilité de confier leurs droits à un OC. En ce sens, il serait souhaitable de redynamiser la communication au sein du réseau de l'Assurance Maladie. La CNAMTS, en renforçant la communication sur la réglementation, permettrait d'harmoniser les pratiques des différentes CPAM dans le réseau, et de rappeler les modes opératoires dans le cadre du parcours attentionné. Les CPAM pourraient en conséquence mettre en place une politique de formation des agents qui renforcerait leur connaissance sur le dispositif, afin qu'ils puissent communiquer les avantages et inconvénients de chaque option.

Pour garantir la liberté de choix des bénéficiaires, une politique d'accueil sur rendez-vous pour l'ouverture des droits permettrait d'adapter l'information et la communication de l'agent d'accueil aux différents publics.

Pour terminer, les partenariats de l'Assurance Maladie devraient être consolidés. Ainsi, la coordination entre Caisses Nationales en la matière permettrait de fluidifier les rapports entre CAF, CPAM et CARSAT. Il s'agirait par exemple d'intégrer le choix d'option CMU-C au processus d'ouverture de droits au RSA, par voie dématérialisée.

**Piste de travail 3 : Fluidifier les échanges entre les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires pour permettre la dématérialisation des flux en ce qui concerne l'ouverture des droits à la CMU-C.**

Proposition 1 : Mettre à la disposition de l'ensemble des acteurs (CPAM, OC, CAF...) une information spécifique sur les avantages et les inconvénients de chaque option (État et OC) pour la gestion des droits CMU-C.

Proposition 2 : Simplifier l'accès à la liste nationale des organismes gestionnaires de la CMU-C.

### ■ Répartition par département

En métropole, les bénéficiaires de la CMU-C représentent 6,1 % de la population pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA) et 29,9 % dans les Dom.

Les départements rassemblant les plus forts pourcentages de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud-est et la région parisienne, sauf pour le département des Yvelines (78). Les départements de la Bretagne, du Massif central et de l'Est présentent à l'inverse de faibles taux.

En métropole, cinq départements rassemblent 24,3 % des effectifs de la CMU-C, alors qu'ils ne représentent que 15,4 % de la population. Les 4 premiers départements ont des taux de bénéficiaires de la CMU-C supérieurs à 10 %.

*Effectifs des 5 premiers départements, en métropole, au 31 décembre 2012, CNAMTS, RSI, CCMSA*

Rang CMUC	Num Dpt	Département	Total CMUC	Population	Pourcent CMUC / Population
1	59	Nord	269 345	2 617 939	10,3%
2	13	Bouches-du-Rhône	204 474	2 000 550	10,2%
3	93	Seine-Saint-Denis	183 215	1 534 895	11,9%
4	62	Pas-de-Calais	151 463	1 489 209	10,2%
5	75	Paris	142 278	2 268 265	6,3%
<b>Total</b>			<b>950 775</b>	<b>9 910 858</b>	

Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

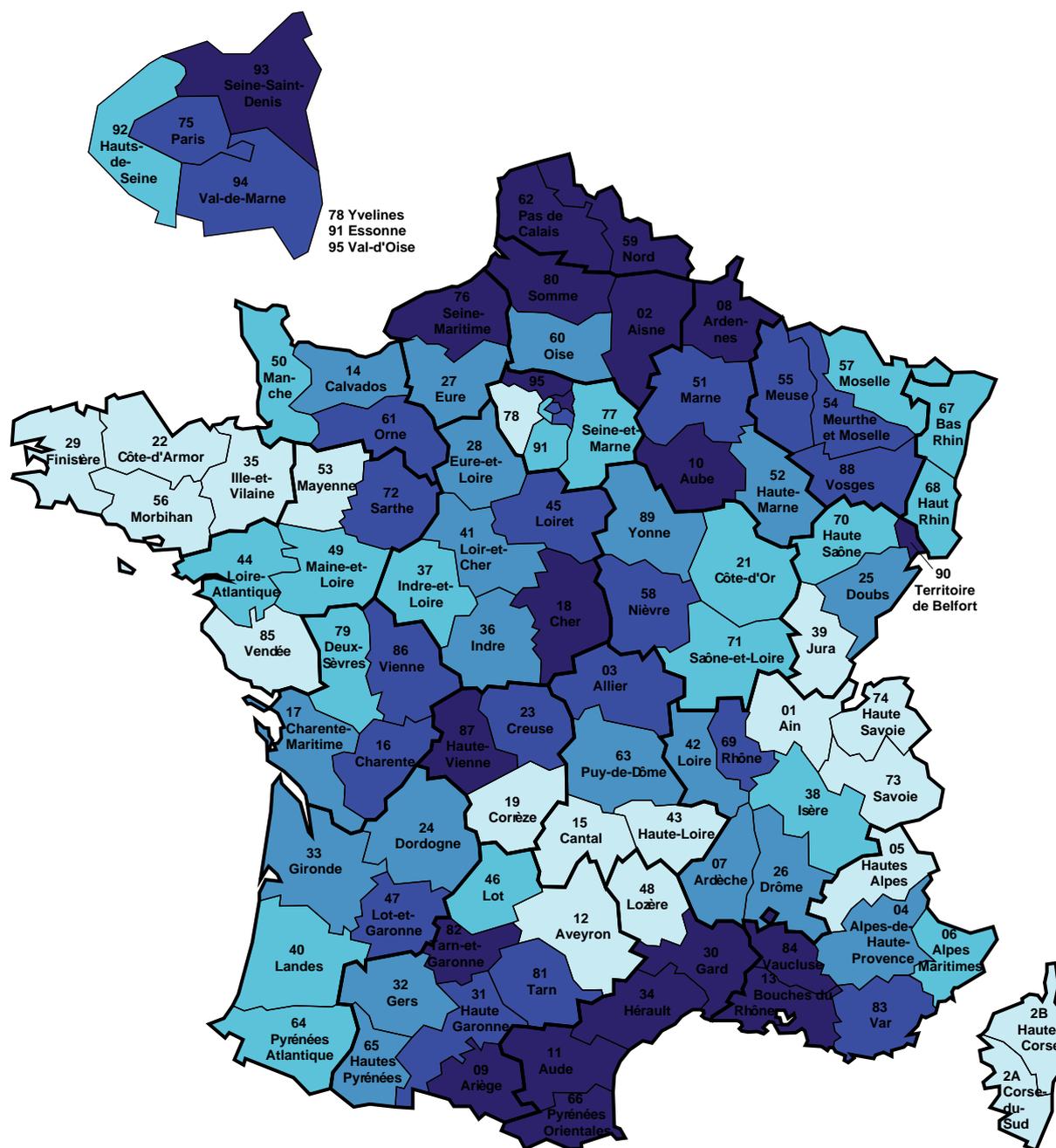
Dans les Dom les taux de bénéficiaires par rapport à la population se situent entre 23,7 % et 35,2 %, avec un taux global de 29,9 %.

*Effectifs des départements d'outre-mer, au 31 décembre 2012, CNAMTS, RSI, CCMSA*

Num Dpt	Département	Total CMUC	Population	CMUC / Population
971	Guadeloupe	98 900	409 905	24,1%
972	Martinique	95 043	400 535	23,7%
973	Guyane	74 423	231 167	32,2%
974	La-Reunion	292 140	829 903	35,2%
<b>Total Dom</b>		<b>560 506</b>	<b>1 871 510</b>	<b>29,9%</b>

Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

Densité des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, par département, en métropole, pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), au 31 décembre 2012



Couleur	Pourcentage population		Nombre	Pourcent Effectifs
Dark Blue	>= 6,6%	<= 11,9%	20	38,5%
Dark Blue	>= 5,8%	< 6,6%	19	21,3%
Medium Blue	>= 4,9%	< 5,8%	19	14,3%
Light Blue	>= 4,3%	< 4,9%	19	17,6%
Very Light Blue	>= 2,4%	< 4,3%	19	8,3%
			<b>96</b>	<b>100,0%</b>

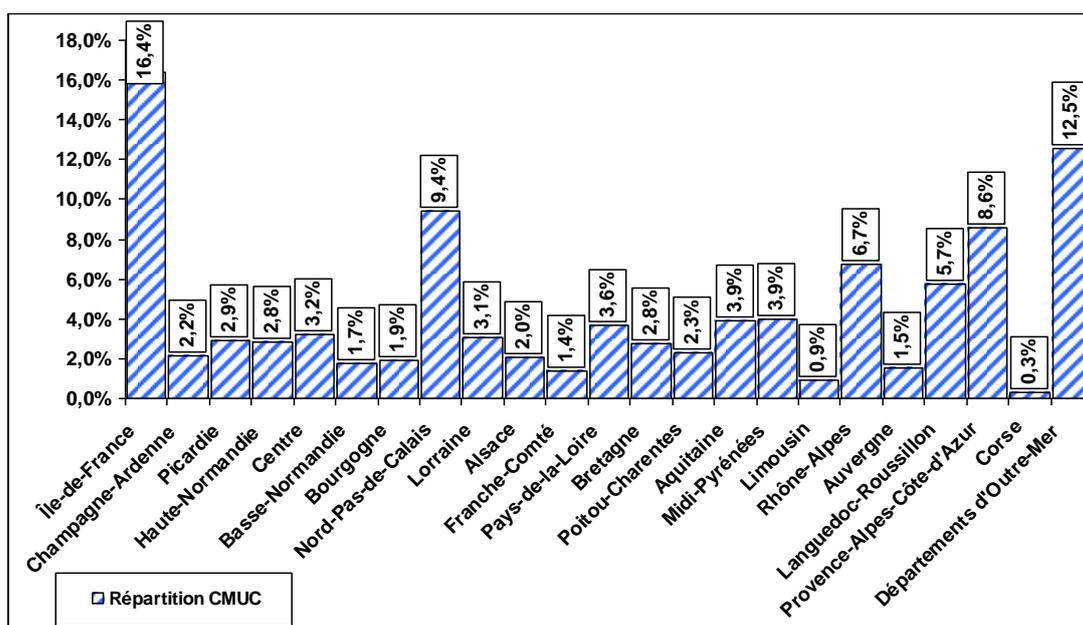
Outil carte : Philcarto

## ■ Répartition par région

Les cinq régions : Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Languedoc-Roussillon, concentrent 45,6 % de la population et 46,8 % des effectifs de la CMU-C (pour les trois régimes CNAMTS, RSI, CCMSA). Avec un total de 732 858 bénéficiaires, la région Île-de-France représente 16,4 % des effectifs, pour 18,1 % de la population.

Les Dom<sup>35</sup> regroupent 12,5 % des bénéficiaires de la CMU-C alors qu'ils ne représentent que 2,8 % de la population.

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par région, CNAMTS, RSI, CCMSA, au 31 décembre 2012*



Source : CNAMTS, RSI, CCMSA

## ■ Répartition par tranche d'âge et par sexe

Alors que la population générale se répartit en quatre tranches d'âges<sup>36</sup> relativement homogènes, pour la CMU-C les moins de 20 ans représentent 44,4 % des bénéficiaires et les plus de 60 ans n'en représentent que 4,6 %. Cette faible proportion des séniors s'explique par le fait que les personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence à l'âge de la retraite se voient attribuer l'ASPA<sup>37</sup>. Or, cette allocation dépasse le montant du plafond de la CMU-C, orientant ainsi les personnes concernées vers l'ACS.

En dehors des moins de 19 ans, les femmes sont majoritaires dans toutes les tranches d'âge. Ce constat est à mettre en lien dans, la répartition « assurés / ayants-droit », avec une majorité de femmes assurées dans ces tranches d'âges.

<sup>35</sup> Les Dom ont été regroupés pour cette présentation mais ils constituent administrativement chacun un département et une région.

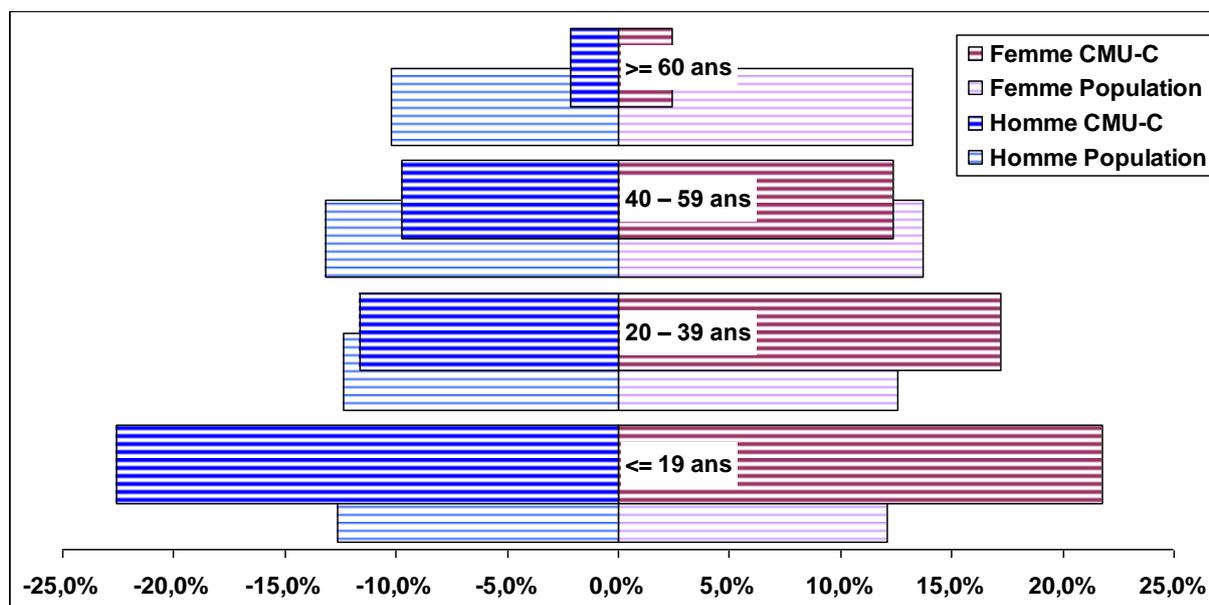
<sup>36</sup> Répartition des 4 tranches d'âge : ≤ 19 ans, 20-39 ans, 40-59 ans et ≥ 60 ans

<sup>37</sup> ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (777,16 € pour une personne seule au 01/04/2012).

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-C, par âge et sexe, CNAMTS et répartition de la population, métropole et Dom, au 31 décembre 2012*

	Homme CMU-C	Femme CMU-C		Homme Population	Femme Population
<= 19 ans	22,6%	21,8%	<= 19 ans	12,6%	12,1%
20 – 39 ans	11,6%	17,2%	20 – 39 ans	12,4%	12,6%
40 – 59 ans	9,8%	12,4%	40 – 59 ans	13,2%	13,7%
>= 60 ans	2,2%	2,4%	>= 60 ans	10,2%	13,2%
<b>Total</b>	<b>46,2%</b>	<b>53,8%</b>	<b>Total</b>	<b>48,4%</b>	<b>51,6%</b>

*Pyramide, répartition des bénéficiaires de la CMU-C, par âge et sexe, CNAMTS et répartition de la population, métropole et Dom estimation au 31 décembre 2012*



Sources : CNAMTS, INSEE

■ *Répartition assurés/ayants-droit*

Sur l'ensemble des bénéficiaires, la proportion des ayants-droits est de 48,1 %. Les femmes représentent 55,3 % des bénéficiaires assurés. Elles sont en ce cas principalement âgées entre 20 et 59 ans.

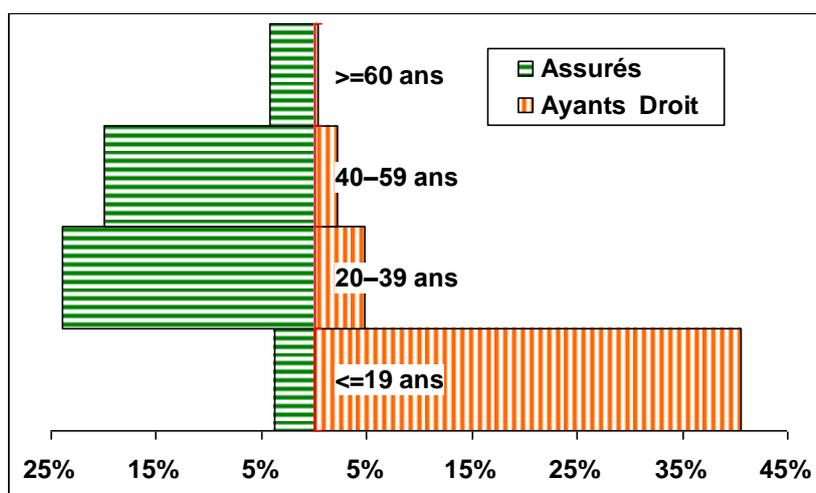
Les jeunes bénéficiaires sont principalement des ayants-droit. Ils sont rattachés à des personnes des classes d'âges situées entre 20 et 59 ans, tranche d'âge où les femmes sont les plus nombreuses en tant que bénéficiaires assurées. Ainsi, la CMU-C est essentiellement une protection complémentaire maladie familiale, ces familles ayant plus souvent que d'autres la particularité d'être monoparentales, avec une femme comme chef de famille.

Répartition des bénéficiaires de la CMU-C, assurés et ayants-droit, CNAMTS, métropole et Dom estimation au 31 décembre 2012

	Assurés	Ayants Droit	Total
<=19 ans	3,8%	40,6%	44,4%
20-39 ans	24,0%	4,8%	28,8%
40-59 ans	19,9%	2,3%	22,2%
>=60 ans	4,2%	0,4%	4,6%
	<b>51,9%</b>	<b>48,1%</b>	<b>100,0%</b>

	Homme	Femme	Total
<=19 ans	50,49%	49,51%	100,00%
20-39 ans	41,70%	58,30%	100,00%
40-59 ans	46,40%	53,60%	100,00%
>=60 ans	48,54%	51,46%	100,00%
<b>Total</b>	<b>44,70%</b>	<b>55,30%</b>	<b>100,00%</b>

Pyramide répartition des bénéficiaires de la CMU-C, assurés et ayants-droit, CNAMTS, métropole et Dom estimation au 31 décembre 2012



Source : CNAMTS

**Encadré 7 : Focus sur les effectifs de la CMU-C dans les départements d'outre-mer<sup>38</sup>**

Les Dom rassemblent plus de 570 500 bénéficiaires de la CMU-C fin 2012 pour 1 871 500 habitants. La forte proportion de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population est la principale caractéristique de la CMU-C dans les Dom, elle y est de 30,5 % alors qu'elle est de 6,2 % en métropole.

De fait, alors que les ressortissants des Dom représentent 2,8 % de la population, ils rassemblent 12,6 % des bénéficiaires de la CMU-C.

*Effectifs pour la CMU-C par rapport à la population, métropole et Dom, au 31/12/2012*

31/12/2012	Métropole	Dom	Métropole et Dom
<b>Effectifs CMU-C</b>	3 968 420	570 569	4 538 989
<b>Population</b>	64 207 050	1 871 510	66 078 560
<b>Pourcentage CMU-C / Population</b>	6,2%	30,5%	6,9%
<b>Effectifs CMU-C</b>	87,4%	12,6%	100,0%
<b>Population</b>	97,2%	2,8%	100,0%

Sources : Tous régimes

<sup>38</sup> La CMU-C n'est pas applicable à Mayotte.

### Effectifs de la CMU-C par département d'outre-mer<sup>39</sup>

Avec 292 140 bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2012, la Réunion est le département le plus important pour l'ensemble du territoire en termes d'effectifs (le second département est le Nord [59] avec 269 345 bénéficiaires) et regroupe 52,1 % des bénéficiaires des Dom. La Réunion, qui a la plus forte population des Dom, connaît également le plus fort pourcentage de bénéficiaires par rapport à la population, soit 35,2 % (pour référence, le pourcentage pour le département du Nord est de 10,3 %).

La Guadeloupe (98 900 bénéficiaires) et la Martinique (95 043 bénéficiaires), ont des effectifs et des proportions de bénéficiaires par rapport à la population similaires (24,1 % en Guadeloupe et 23,7 % en Martinique).

Avec 13,3 % des effectifs pour les Dom, la Guyane compte 74 423 bénéficiaires fin 2012, avec toutefois une proportion par rapport à la population (32,2 %) plus proche de celle de la Réunion.

*Effectifs pour la CMU-C pour les 4 départements des Dom, au 31/12/2012, pourcentage par rapport à la population au 31/12/2012*

31/12/2012	971 Guadeloupe	972 Martinique	973 Guyane	974 La- Réunion	Total
<b>Effectifs</b>	98 900	95 043	74 423	292 140	560 506
<b>Répartition</b>	17,6%	17,0%	13,3%	52,1%	100,0%
<b>Population</b>	409 905	400 535	231 167	829 903	1 871 510
<b>Pourcentage CMU-C / Population</b>	24,1%	23,7%	32,2%	35,2%	29,9%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

### Répartition par régime et par territoire

Fin décembre 2012, les effectifs de la CMU-C, tous régimes confondus, sont de 4 538 989 dont 3 968 420 en métropole et 570 569 dans les Dom.

Le régime général représente 90,2 % des bénéficiaires pour l'ensemble du territoire, 89,7 % en métropole et 94,2 % dans les Dom, soit 4,6 points de plus. Le régime des indépendants et le régime agricole sont quant à eux moins représentés dans les Dom.

Mécaniquement, alors que les bénéficiaires des Dom représentent 12,6 % de l'ensemble des bénéficiaires pour la France entière, ils sont 13,1 % au régime général. Ils représentent respectivement 10,6 % et 10,8 % au régime agricole et seulement 4,5 % au régime des indépendants.

Les régimes spéciaux représentent 0,2 % des bénéficiaires, tous régimes confondus en métropole, mais 0,6 % dans les Dom. En effet, 34,7 % des bénéficiaires de la CMU-C pour ces régimes relèvent des Dom. Dans le détail, quatre régimes spéciaux sur les huit interviennent dans les Dom, dont la sécurité sociale des marins (ENIM) qui y compte 64,1 % de ses bénéficiaires de la CMU-C et la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) pour 60,4 %.

<sup>39</sup> Les chiffres présentés doivent être maniés avec prudence.

### Effectifs pour la CMU-C au 31/12/2012, par régime et par territoire

31/12/2012	CNAMTS	RSI	MSA	Régimes Spéciaux	SLM	Total
Métropole	3 558 123	256 457	94 149	6 925	52 766	3 968 420
Dom	537 308	12 047	11 151	3 675	6 388	570 569
Total	4 095 431	268 504	105 300	10 600	59 154	4 538 989

Sources : Tous régimes

#### Effectifs de la CMU-C par type de gestion

En métropole, pour les trois principaux régimes, 15,5 % des bénéficiaires de la CMU-C ont fait le choix d'une gestion par un OC au 31 décembre 2012. Dans les Dom, 11,1 % ont fait le choix d'un OC, mais cette proportion, qui est inférieure de 4,4 points à celle de la métropole, masque de fortes disparités entre les quatre départements concernés.

La Réunion n'a que 73 personnes en gestion OC, sur les 292 140 bénéficiaires de la CMU-C et la Guyane n'a également que 0,2 % de ses bénéficiaires pour la même gestion.

L'option d'un OC est par ailleurs retenue dans 20,3 % des cas en Martinique et 42,9 % en Guadeloupe.

Ces proportions révèlent des pratiques différentes d'une CGSS à l'autre ainsi que des implications disparates entre les OC dans la gestion de la CMU-C.

#### Répartition de la gestion OC et RO de la CMU-C par département d'outre-mer, au 31/12/2012

Mois	971 Guadeloupe	972 Martinique	973 Guyane	974 La-Réunion	Total
Effectifs	42 456	19 254	164	73	61 947
Pourcentage	42,9%	20,3%	0,2%	0,0%	11,1%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

#### Répartition par âge et par sexe au régime général

Fin 2012, les bénéficiaires de la CMU-C sont un peu plus souvent des femmes dans les Dom (56,2 % dans les Dom versus 53,5 % en métropole). Par rapport à la Métropole, les moins de 19 ans sont légèrement plus représentés dans les Dom, les 20-39 ans y sont en proportion moindre de 5,7 points, et les plus de 60 ans en proportion supérieure de 3,3 points. Mais globalement, les plus jeunes (0-19 ans) restent surreprésentés par rapport aux autres bénéficiaires (45,2 % dans les Dom et 44,3 % en métropole) et les plus de 60 ans sous-représentés (4,2 % en métropole et 7,5 % dans les Dom).

En revanche, alors que la population est bien répartie entre les quatre tranches d'âges en métropole, dans les Dom, les moins de 19 ans représentent 31,9 % et les plus de 60 ans 15,5 % seulement, avec le paradoxe d'une plus forte part de bénéficiaires de la CMU-C chez ces derniers dans les Dom qu'en métropole.

## 1.2.2. Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C

### 1.2.2.1. La dépense totale

La question de la dépense totale d'un bénéficiaire de la CMU-C (total part régime obligatoire et part complémentaire par consommant) est légitimement posée par les organismes impliqués dans le suivi ou la gestion de la CMU-C. Les éléments d'analyse sont en cours.

En l'état, seule la dépense pour la part CMU-C est connue, par la transmission des données issues des bases comptables des régimes. Faisant l'objet de données comptables spécifiques, elle est le reflet exact des montants présentés, pour la part complémentaire CMU-C, par les professionnels de santé dans le cadre du tiers payant ou par les assurés en cas d'avance des frais. La dépense de ville et la dépense hospitalière peuvent être connues isolément.

La dépense hospitalière a été plus longue à être fiabilisée, mais son suivi sur ces trois dernières années tend à prouver que la transmission par les établissements est devenue globalement régulière.

Une autre limite des bases comptables pour la dépense est de ne pouvoir fournir que des montants agrégés par prestation. Les montants moyens ne sont donc pas calculés par consommant, mais seulement en divisant le montant de la dépense par le nombre total de bénéficiaires, qu'ils aient ou non consommé.

### 1.2.2.2. La dépense pour la part CMU-C en droits constatés<sup>40</sup>

En 2012, la dépense pour la part CMU-C, pour la CNAMTS, est estimée à 1 551 725 178 € en droits constatés, soit une évolution de + 1,6 % par rapport à 2011. L'évolution des effectifs de + 1,8 % entraîne une légère baisse du coût moyen par bénéficiaire.

Pour le RSI, l'augmentation de la dépense entre 2011 et 2012 est de 17,3 %, elle est supérieure à celle des effectifs, + 14,0 %, mais la forte progression de ces derniers depuis 2009 avait généré un décalage avec la dépense, les nouveaux arrivants ne rentrant que progressivement dans la consommation de soins prise en charge par leur nouveau régime.

La progression de la dépense de la CCMSA, de + 4,2 % entre 2011 et 2012, est due à l'intégration en 2012 de la totalité de la dépense des Dom dans les comptes du régime, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors. La tendance des derniers exercices du régime est par ailleurs à une baisse des effectifs, progressivement moins accentuée, concomitamment à une baisse des dépenses (en neutralisant la hausse de 4,2 % entre 2011 et 2012, cf. ci-dessus).

*Évolution de la dépense globale, métropole et Dom, en droits constatés, CNAMTS, RSI, CCMSA*

	2009	2010	Évolution 2009 – 2010	2011	Évolution 2010 – 2011	2012*	Évolution 2011 – 2012
<b>CNAMTS + SLM</b>	1 401 026 079 €	1 445 293 430 €	3,2%	1 527 082 391 €	5,7%	1 551 725 178 €	1,6%
<b>RSI</b>	49 387 824 €	50 178 427 €	1,6%	58 496 691 €	16,6%	68 597 818 €	17,3%
<b>CCMSA</b>	37 716 652 €	33 074 275 €	-12,3%	30 937 150 €	-6,5%	32 229 525 €	4,2%

\* Inclut la provision / Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

<sup>40</sup> Les précisions méthodologiques sont présentées en page 62.

*Évolution des effectifs en moyenne annuelle, CMU-C gérée par le régime obligatoire, métropole et Dom, CNAMTS, SLM, RSI, CCMSA*

	2009	2010	Évolution 2009 – 2010	2011	Évolution 2010 – 2011	2012	Évolution 2011 – 2012
<b>CNAMTS + SLM</b>	3 358 181	3 363 069	0,1%	3 428 218	1,9%	3 489 112	1,8%
<b>RSI</b>	147 823	160 018	8,2%	177 334	10,8%	202 109	14,0%
<b>CCMSA</b>	110 749	99 014	-10,6%	92 394	-6,7%	87 665	-5,1%

Sources : CNAMTS, SLM, RSI, CCMSA

■ **Le coût moyen de la CMU-C en droits constatés**

Le coût moyen 2011 définitif par bénéficiaire de la part CMU-C est de 453 €, en métropole, pour la CNAMTS, qui gère les droits de presque 80 % des bénéficiaires. Le coût moyen 2012 pour la CNAMTS, en métropole est estimé à 451 €.

L'évolution de la dépense individuelle entre 2010 et 2011 pour la CNAMTS est de + 3,6 % en métropole. Entre 2011 et 2012 on estime qu'il y a une légère baisse de -0,4 %, qui est portée par la diminution de la dépense de ville.

En 2011, les bénéficiaires de la CMU-C de la CNAMTS ont une dépense supérieure de 18 % par rapport au régime agricole, de 15 % par rapport à la dépense des personnes dont les dossiers sont gérés par les organismes complémentaires et de 27 % par rapport au régime des indépendants.

Même si les bénéficiaires de la CMU-C au régime général sont en moyenne plus jeunes que dans les autres régimes, ils sont également en plus mauvais état de santé. Par ailleurs, le régime général gère les droits à la CMU-C de la plus grande partie des bénéficiaires du RSA socle.

*Dépense individuelle par organisme en droits constatés, métropole*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012**
<b>CNAMTS + SLM</b>	404,72 €	413,89 €	425,19 €	437,63 €	453,33 €	451,36 €
<b>RSI</b>	337,46 €	339,41 €	334,42 €	312,91 €	329,83 €	338,69 €
<b>CCMSA</b>	371,36 €	364,82 €	370,02 €	365,61 €	371,99 €	374,18 €
<b>Organismes complémentaires</b>	349,70 €	362,20 €	366,61 €	369,94 €	382,98 €	383,65 €

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

*Évolution de la dépense individuelle en droits constatés, métropole*

	2008	2009	2010	2011	2012**
<b>CNAMTS + SLM</b>	2,3%	2,7%	2,9%	3,6%	-0,4%
<b>RSI</b>	0,6%	-1,5%	-6,4%	5,4%	2,7%
<b>CCMSA</b>	-1,8%	1,4%	-1,2%	1,7%	0,6%
<b>Organismes complémentaires</b>	3,6%	1,2%	0,9%	3,5%	0,2%

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

■ *Le coût moyen de la CMU-C en droits constatés par rapport au forfait CMU-C*

Pour chaque bénéficiaire de la CMU-C la dotation forfaitaire versée aux régimes, ou aux organismes complémentaires, a été de 370 € de 2009 à 2012. En 2011, par bénéficiaire et pour l'ensemble du territoire, le coût moyen de la CNAMTS serait supérieur de 75 € au forfait. À partir de 2013, les organismes sont remboursés à hauteur des dépenses réellement engagées dans la limite d'un forfait annuel de 400 € par bénéficiaire. En partant des montants moyens estimés pour 2012, on estime que, pour 2013, seule la CNAMTS dépasserait ce montant pour les trois principaux régimes obligatoires. Pour les OC, le montant moyen est un point de repère mais ne reflète pas la diversité des situations. On évalue qu'en 2011 la moitié des OC se serait située au-delà du forfait de 370 € et que pour 2013, sur la base de 2012, les trois quart des OC se situeront au-dessous du forfait de 400 €.

*Dépense individuelle en droits constatés, métropole et Dom*

	2011	2012
<b>CNAMTS + SLM</b>	445,44 €	444,73 €
<b>RSI</b>	329,87 €	339,41 €
<b>CCMSA</b>		367,64 €
<b>Organismes complémentaires</b>	380,30 €	379,95 €

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

■ *Le coût moyen de la CMU-C en droits constatés pour la ville et pour l'hôpital*

En 2011, la dépense de ville représente 72 % de la dépense moyenne pour la CNAMTS, 80 % pour le RSI, 77 % pour la CCMSA ainsi que pour les OC. La part moins élevée pour la CNAMTS est à mettre en rapport avec le niveau moindre d'intégration sociale d'une partie des bénéficiaires, qui ont ainsi plus souvent recours aux soins hospitaliers.

*Montants de la dépense individuelle par poste et par régime – métropole 2011*

	CNAMTS	RSI	CCMSA	OC
<b>Effectifs – Moyenne sur l'année 2011</b>	2 948 918	167 777	80 429	530 488
<b>Total coût moyen</b>	453,33 €	329,83 €	371,99 €	382,98 €
<b>Ville</b>	326,33 €	265,32 €	285,22 €	295,57 €
<b>Hôpital</b>	127,00 €	64,51 €	86,77 €	87,41 €

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA et organismes complémentaires

*Répartition de la dépense individuelle par poste et par régime – Métropole 2011*

	CNAMTS	RSI	CCMSA	OC
<b>Total coût moyen</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Ville</b>	72,0%	80,4%	76,7%	77,2%
<b>Hôpital</b>	28,0%	19,6%	23,3%	22,8%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA et organismes complémentaires

### 1.2.2.3. La dépense en trésorerie du régime général

Fin septembre 2013, la dépense globale est de 1 595 683 719 €, exercice antérieur et exercice en cours, métropole et Dom, cumulée sur les 12 derniers mois. L'évolution en indice ACM<sup>41</sup> est de + 3,6 %.

La dépense unitaire est de 442,41 €, avec une baisse de - 0,4 %, pour l'ensemble du territoire, et de 448,72 €, avec une baisse de - 0,5 % en métropole.

Le coût moyen pour la ville est de 319,24 € pour tout le territoire (baisse de - 0,7 %) et de 321,00 € en métropole (baisse de - 0,5 %). Pour les trois principaux postes de dépenses, sur l'ensemble du territoire, les médicaments baissent de - 5,4 %, les honoraires des généralistes de - 3,0 % et les forfaits pour prothèses dentaires augmentent de + 1,5 %. Par ailleurs les honoraires paramédicaux augmentent de + 5,8 %, ceci en lien avec la revalorisation des actes des infirmiers et des kinésithérapeutes.

Le coût moyen pour l'hôpital est de 123,16 € pour tout le territoire (évolution de + 0,5 %) et de 127,72 € en métropole (évolution de - 0,4 %). Dans le détail, pour l'ensemble du territoire, le coût moyen des honoraires du secteur public progresse de + 3,0 % et celui des forfaits journaliers baisse de - 5,8 %.

#### Dépense en année complète mobile, métropole et Dom, synthèse au 31 septembre 2013

Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu	Exercice			
septembre 2013	Métropole et Dom	Exercice et Antérieur			
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM	3 606 832	Indice ACM	4,0%	
	Total 12 derniers mois	Indices ACM	Coût Unitaire Annuel		
			Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
<b>Total</b>	<b>1 595 683 719,21 €</b>	<b>3,6%</b>	<b>442,41 €</b>	100,0%	<b>-0,4%</b>
<b>Ville</b>	<b>1 151 450 460,73 €</b>	3,3%	319,24 €	72,2%	-0,7%
<b>Hôpital</b>	<b>444 233 258,48 €</b>	4,5%	123,16 €	27,8%	0,5%

Source CNAMTS et SLM / Les effectifs retenus sont estimés de juillet à septembre

<sup>41</sup> ACM : Année complète mobile.

*Dépense en année complète mobile, métropole, synthèse au 30 septembre 2013*

Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu	Exercice			
septembre 2013	Métropole	Exercice_et_Antérieur			
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM	3 119 220	Indice ACM	4,4%	
	Total 12 derniers mois	Indices ACM	Coût Unitaire Annuel		
			Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
<b>Total</b>	<b>1 399 655 122,54 €</b>	<b>3,9%</b>	<b>448,72 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>-0,5%</b>
<b>Ville</b>	<b>1 001 268 877,94 €</b>	<b>3,8%</b>	<b>321,00 €</b>	<b>71,5%</b>	<b>-0,5%</b>
<b>Hôpital</b>	<b>398 386 244,60 €</b>	<b>3,9%</b>	<b>127,72 €</b>	<b>28,5%</b>	<b>-0,4%</b>

Source : CNAMTS et SLM / Les effectifs retenus sont estimés de juillet à septembre 2013

Dépense en année complète mobile, métropole et Dom, par poste au 31 septembre 2013

Suivi des dépenses en trésorerie CMUC en Année Complète Mobile*							
Régime		CNAMTS					
Mois		Lieu			Exercice		
2013-septembre		Métropole_et_Dom			Exercice_et_Antérieur		
Bénéficiaires CMUC		Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM		3 606 832	Indice ACM*		4,00%
		Total 12 derniers mois	Indices ACM**	Coût Unitaire Annuel			
				Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution	Contribution
<b>Total</b>		<b>1 595 683 719,21 €</b>	<b>3,63%</b>	<b>442,41 €</b>	100,00%	<b>-0,36%</b>	1,00
<b>Ville</b>		<b>1 151 450 460,73 €</b>	3,30%	319,24 €	72,16%	-0,67%	1,36
<b>Hôpital</b>		<b>444 233 258,48 €</b>	4,48%	123,16 €	27,84%	0,46%	-0,36
<b>Ville</b>		1 151 450 460,73 €	3,30%	319,24 €	72,16%	-0,67%	1,36
Honoraires médicaux (1,2)		270 355 258,10 €	2,66%	74,96 €	16,94%	-1,29%	0,62
Forfaits CMU (10,11,12,13)		237 740 300,36 €	5,92%	65,91 €	14,90%	1,84%	-0,75
Autres (3,4,5,6,7,8,9)		643 354 902,27 €	2,64%	178,37 €	40,32%	-1,31%	1,49
<b>Hôpital</b>		444 233 258,48 €	4,48%	123,16 €	27,84%	0,46%	-0,36
Honoraires du secteur public et Prestations (14)		324 283 225,34 €	7,12%	89,91 €	20,32%	3,00%	-1,64
Forfait hospitalier (15)		119 950 033,14 €	-2,04%	33,26 €	7,52%	-5,81%	1,29
<b>Détail</b>		1 595 683 719,21 €	3,63%	442,41 €	100,00%	-0,36%	1,00
1	Honoraires des généralistes	178 679 998,05 €	0,84%	49,54 €	11,20%	-3,04%	0,98
2	Honoraires des spécialistes	91 675 260,05 €	6,39%	25,42 €	5,75%	2,30%	-0,36
3	Honoraires dentaires	92 526 217,95 €	6,62%	25,65 €	5,80%	2,52%	-0,40
4	Honoraires paramédicaux	89 178 702,13 €	10,04%	24,72 €	5,59%	5,80%	-0,85
5	Médicaments	318 866 995,91 €	-1,59%	88,41 €	19,98%	-5,37%	<b>3,15</b>
6	Dispositifs médicaux	54 180 339,26 €	7,92%	15,02 €	3,40%	3,76%	-0,34
7	Analyse et biologie	59 532 330,49 €	3,93%	16,51 €	3,73%	-0,07%	0,01
8	Frais de transport	26 918 556,06 €	6,31%	7,46 €	1,69%	2,22%	-0,10
9	Autres prestations en nature	2 151 760,47 €	-0,59%	0,60 €	0,13%	-4,41%	0,02
10	Forfaits proth. dentaires	182 474 131,02 €	5,53%	50,59 €	11,44%	1,47%	-0,46
11	Forfaits orthodontie	29 449 660,13 €	<b>10,70%</b>	8,16 €	1,85%	<b>6,44%</b>	-0,31
12	Forfaits optique médicale	23 896 369,77 €	3,98%	6,63 €	1,50%	-0,02%	0,00
13	Forfaits proth. auditives	<b>1 920 139,44 €</b>	-1,94%	<b>0,53 €</b>	<b>0,12%</b>	-5,72%	0,02
14	Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières	<b>324 283 225,34 €</b>	7,12%	<b>89,91 €</b>	<b>20,32%</b>	3,00%	<b>-1,64</b>
15	Forfait journalier	119 950 033,14 €	<b>-2,04%</b>	33,26 €	7,52%	<b>-5,81%</b>	1,29

\*Chiffres du régime gestionnaire hors OC – Dépenses en date de remboursement)

\*\*ACM : Année complète mobile

### Encadré 8 : Focus sur la dépense dans les départements d'outre-mer au Régime général

La dépense moyenne en droits constatés pour 2011 est de 453 € en métropole et de 397 € dans les Dom.

La Martinique a le coût moyen le plus bas de l'ensemble du territoire alors que la Guyane se situerait dans le quintile le plus élevé par rapport aux départements de métropole.

La structure de la dépense entre la ville et l'hôpital est assez différente d'un département d'outre-mer à l'autre. Aux extrêmes, la Guyane affiche un pourcentage de 31,3 % pour la part de la dépense hospitalière, là où la Réunion ne connaît que 16,2 %. C'est la structure de la dépense de la Martinique qui est la plus proche de celle de la métropole, malgré son faible montant.

On rappellera que les ressortissants des Dom représentent 2,8 % de la population, ils rassemblent 12,6 % des bénéficiaires de la CMU-C.

*Dépense moyenne par département au régime général, Dom, droits constatés, 2011*

Département		Coût total	Effectifs moyens	Coût moyen	Ville	Hôpital
971	Guadeloupe	17 592 758,62 €	48 670	361,47 €	279,29 €	82,19 €
972	Martinique	24 349 483,77 €	80 745	301,56 €	215,46 €	86,11 €
973	Guyane	35 719 056,82 €	72 125	495,24 €	340,15 €	155,09 €
974	Reunion	112 589 853,07 €	277 759	405,35 €	339,85 €	65,50 €
<b>Total Dom</b>		<b>190 251 152,28 €</b>	<b>479 299</b>	<b>396,94 €</b>		

Source : CNAMTS

*Répartition dépense ville et hôpital ; Dom, droits constatés, 2011*

		Ville	Hôpital
<b>Métropole</b>		72,0%	28,0%
<b>Dom</b>		78,8%	21,2%
971	Guadeloupe	77,3%	22,7%
972	Martinique	71,4%	28,6%
973	Guyane	68,7%	31,3%
974	Reunion	83,8%	16,2%

Source : CNAMTS

#### 1.2.2.4. *La comparaison des dépenses entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C*

Une approche est réalisée au régime général, à travers l'écart sur la dépense en soins de ville, sur les 9 premiers mois de l'année N, entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, dans le cadre du suivi des indicateurs intégrés au programme 183. Il s'agit des montants en base de remboursement au titre du régime obligatoire, pour les bénéficiaires ne relevant pas de l'ALD, en tenant compte des structures âge/sexe des bénéficiaires et des non bénéficiaires de la CMU-C.

Pour 2012, l'écart est de 31 points, il reste stable par rapport à 2011.

Évolution de l'écart de la dépense de ville de 2005 à 2012 sur les 9 premiers mois de chaque année

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ecart dépense ville n %	27	27	27	28	30	31	31

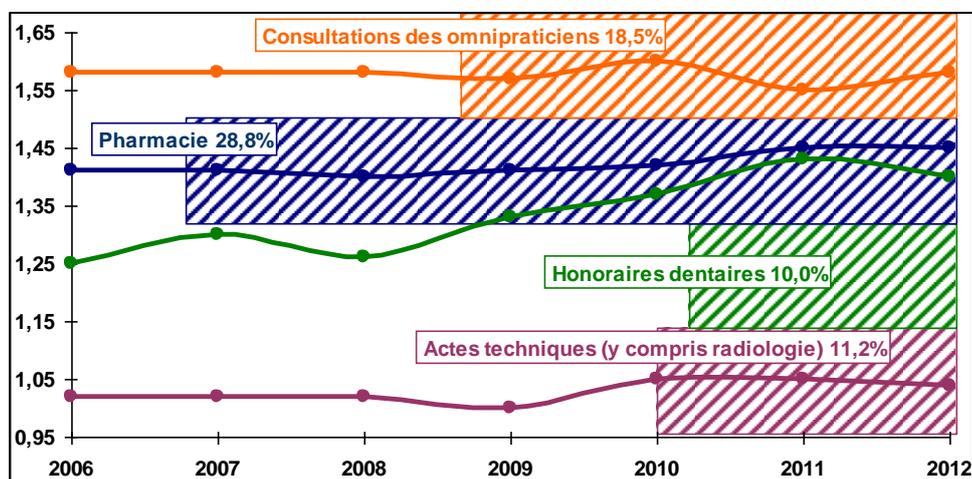
Source : CNAMTS

Les quatre principaux postes de dépense (consultation des omnipraticiens, pharmacie, honoraires dentaires et actes techniques, y compris radiologie) comptent pour 68,5 % des dépenses. Les variations des écarts de consommation entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C sont assez faibles pour ces quatre postes. Il est toutefois intéressant de rapprocher les écarts de consommation avec les écarts de non recours. Pour les consultations des omnipraticiens, en données redressées, en 2009, l'écart de non recours augmente légèrement et l'écart de consommation baisse. En 2010, l'écart de non recours baisse et l'écart de consommation augmente. L'année 2011 reprend le mouvement de 2009. Pour les honoraires dentaires, la baisse de l'écart de non recours est quasi proportionnellement inverse à l'augmentation de l'écart de consommation CMU-C non CMU-C.

Ces constats pourraient confirmer que lorsque l'écart de consommation augmente ce n'est pas le signe d'une surconsommation des bénéficiaires de la CMU-C mais d'un plus faible renoncement aux soins.

Par ailleurs, pour trois postes (consultations des spécialistes et des autres praticiens, actes des kinésithérapeutes, actes des autres auxiliaires médicaux) le ratio est inférieur à zéro pour les bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux non bénéficiaires. L'ensemble de ces trois postes représente 9 % de la consommation des soins de ville pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Proportion des principaux postes de dépense des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à leur dépense totale 2012 et évolutions des écarts CMU-C / Non CMU-C pour ces postes de 2006 à 2012



Source : CNAMTS

Ratio « CMU/non CMU » pour les 9 premiers mois de l'année de soins : détail par principaux postes

Postes	Ratio 9 mois 2006	Ratio 9 mois 2007	Ratio 9 mois 2008	Ratio 9 mois 2009	Ratio 9 mois 2010	Ratio 9 mois 2011	Ratio 9 mois 2012	Variation 2011/2012
Consultations des omnipraticiens	1,58	1,58	1,58	1,57	1,60	1,55	1,58	0,03
Consultations des spécialistes et des autres praticiens (*)	0,87	0,84	0,85	0,86	0,86	0,94	0,87	-0,07
Visites (y compris frais de déplacement)	2,02	2,14	2,30	2,33	2,41	2,58	2,61	0,03
Actes techniques (y compris radiologie)	1,02	1,02	1,02	1,00	1,05	1,05	1,04	-0,01
Forfaits techniques (IRMN, scanner, ...)	0,95	0,96	1,04	1,01	0,97	0,98	1,06	0,08
Honoraires dentaires	1,25	1,30	1,26	1,33	1,37	1,43	1,40	-0,03
Actes des infirmiers (y compris frais de déplacement)	1,53	1,41	1,60	1,78	1,67	1,84	1,67	-0,17
Actes des kinésithérapeutes (y compris frais de déplacement)	0,89	0,90	0,91	0,87	0,92	0,93	0,89	-0,04
Actes des orthophonistes (y compris frais de déplacement)	1,06	1,06	1,15	1,22	1,22	1,19	1,17	-0,02
Actes des autres auxiliaires médicaux	0,83	0,72	0,71	0,75	0,75	0,73	0,78	0,05
Biologie	1,21	1,20	1,20	1,18	1,22	1,22	1,22	0,00
Pharmacie	1,41	1,41	1,40	1,41	1,42	1,45	1,45	0,00
LPP	1,22	1,13	1,18	1,22	1,25	1,28	1,27	-0,01
Transports	2,31	2,08	2,42	2,73	2,36	2,24	2,85	0,61
<b>Total Soins de ville</b>	<b>1,27</b>	<b>1,27</b>	<b>1,27</b>	<b>1,28</b>	<b>1,30</b>	<b>1,31</b>	<b>1,31</b>	<b>0,00</b>

(\*) Autres praticiens : neuropsychiatres, dentistes, sages-femmes, médecine hospitalière

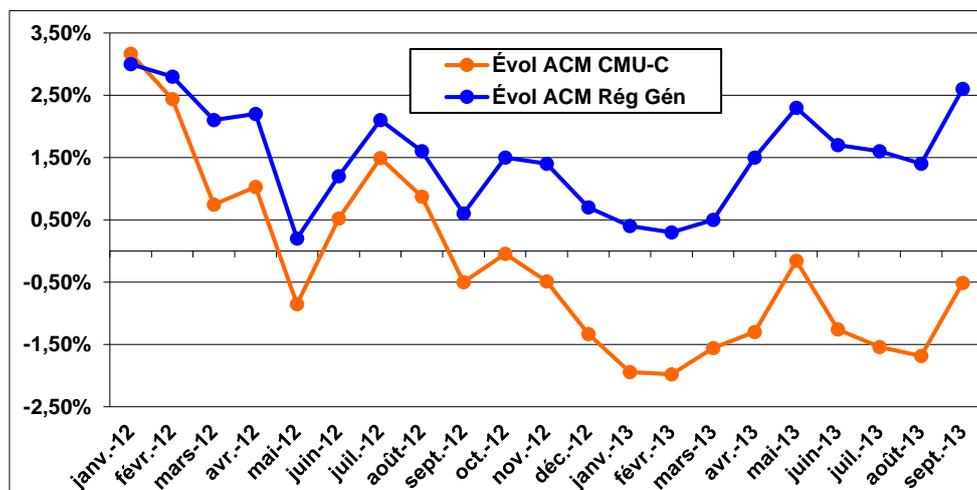
Source : CNAMTS

Les calculs sont faits à partir de l'échantillon EGB (1/100<sup>ème</sup>), pour les bénéficiaires du régime général, hors SLM, y compris DOM, ayant consommé des soins de ville durant les 9 premiers mois de l'année 2012 et n'étant pas en ALD.

Un autre mode de comparaison possible porte sur l'évolution de la dépense de ville par bénéficiaire de la CMU-C et sur le taux de croissance annuelle, en données brutes, des dépenses de soins de ville du régime général, en métropole.

Les évolutions sont similaires, mais l'écart entre le régime général et la CMU-C s'accroît progressivement. Ce qui permet d'affirmer que même si l'écart entre CMU-C et non CMU-C par consommant reste supérieur au profit de la CMU-C, il n'y a aucune dérive de la consommation moyenne des bénéficiaires de la CMU-C, voire plutôt une baisse de la dépense de ville par rapport à l'ensemble de la population.

*Évolutions, pour les dépenses de ville en trésorerie, du coût moyen pour la CMU-C et du taux de croissance annuelle, en données brutes, des dépenses de soins de ville du régime général, métropole, de janvier 2012 à septembre 2013*



Source : CNAMTS

### 1.2.3. Point sur la dépense hospitalière pour la part CMU-C

Les informations traitées dans le cadre de cette approche sont issues des données comptables de la CNAMTS, pour la part CMU-C. La continuité des séries, mesurée depuis 2009, permet de conclure à une certaine fiabilité quant aux flux comptables reçus par le régime général en provenance des établissements.

Lorsque l'on étudie la dépense hospitalière pour la part CMU-C, il faut bien retenir que cette dernière ne reflète en aucun cas la dépense globale des bénéficiaires de la CMU-C. En effet, les soins peuvent concerner des personnes en ALD ou faire partie de protocoles pris en charge à 100 %.

Il reste que cet éclairage permet au moins de mieux comprendre la décomposition de la dépense pour la part complémentaire.

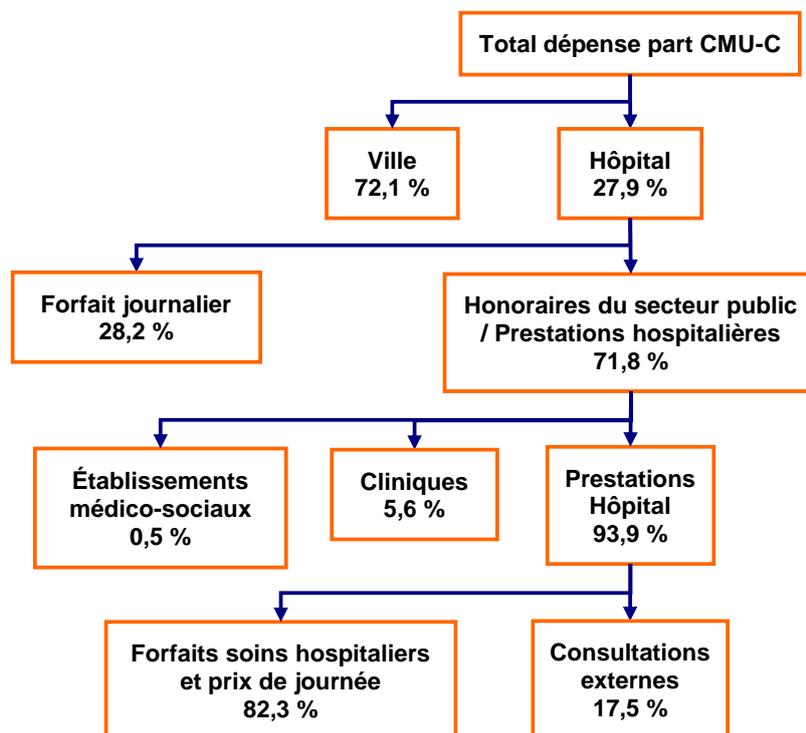
#### 1.2.3.1. La prépondérance de l'hôpital public et des soins hospitaliers

Les données traitées ici font l'objet d'un cumul en trésorerie de janvier à décembre 2012.

Sur la dépense totale pour la part CMU-C, métropole et Dom, la part de la dépense hospitalière représente 27,9 %. Sur cette part, 28,2 % est réservée au forfait hospitalier d'hébergement et 71,8 % revient aux soins.

Les soins sont composés pour 93,9 % de prestations en hôpital public. Ces prestations se répartissent entre 17,5 % pour les consultations externes et 82,3 % de forfaits de soins et de prix de journée.

*Schéma de présentation de la dépense hospitalière pour la part CMU-C, dépense en trésorerie, 2012, CNAMTS, dépense en trésorerie, métropole et Dom*



Source : CNAMTS

Globalement les répartitions sont stables, tant entre types d'établissements, qu'entre types de prestations pour les établissements hospitaliers. La part des prestations à l'hôpital public a progressé d'un point en deux ans. Dans les prestations à l'hôpital public, la part pour les forfaits de soins hospitaliers et prix de journée a évolué de + 0,8 point.

*Évolution de la répartition de la dépense hospitalière pour la part CMU-C par type d'établissement, 2010 à 2012, CNAMTS, dépense en trésorerie, métropole et Dom*

Type prestataire	2010	2011	2012
Prestations Hôpital	92,9%	93,4%	93,9%
Établissements médico-sociaux	0,8%	0,6%	0,5%
Cliniques	6,3%	6,0%	5,6%
	100,0%	100,0%	100,0%

Source : CNAMTS

*Évolution de la répartition des Prestations hôpital pour la part CMU-C par type d'acte, 2010 à 2012, CNAMTS, dépense en trésorerie, métropole et Dom*

Types d'actes	2010	2011	2012
Forfaits soins hospitaliers et prix de journée	81,5%	81,8%	82,3%
Consultations externes	18,5%	18,2%	17,5%
T2A	0,0%	0,0%	0,1%

Source : CNAMTS

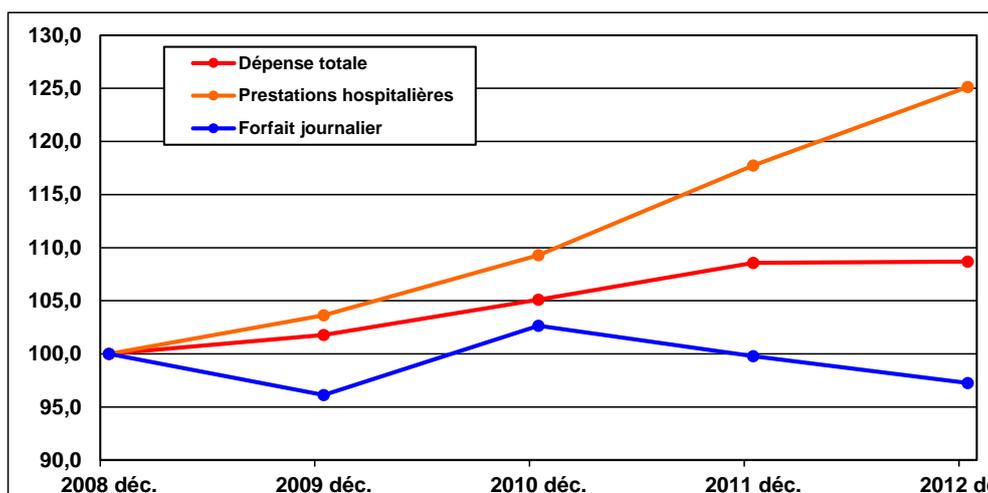
### 1.2.3.2. L'évolution dynamique de la dépense au titre des prestations hospitalières

La part globale de la dépense hospitalière par rapport à la totalité des dépenses pour la CMU-C a augmenté progressivement. Elle a gagné 1,2 point entre 2010 et 2012. Ce sont les prestations hospitalières qui ont porté cette évolution, alors que les forfaits journaliers ont reculé sur les cinq dernières années.

*Évolutions de la répartition de la dépense de ville et de la dépense pour l'hôpital, pour la part CMU-C, CNAMTS, dépense en trésorerie, métropole et Dom*

Mois	Ville	Hôpital	Total
2008 déc	73,8%	26,2%	100,0%
2009 déc	74,0%	26,0%	100,0%
2010 déc	73,3%	26,7%	100,0%
2011 déc	73,0%	27,0%	100,0%
2012 déc	72,1%	27,9%	100,0%

*Évolution de la dépense totale CMU-C (ville et hôpital), de la dépense pour les prestations hospitalières et de la dépense pour le forfait d'hébergement, en base 100, de décembre 2008 à décembre 2012, dépense en trésorerie, métropole et Dom*



Source : CNAMTS

### 1.2.3.3. La dépense hospitalière par département

Pour l'approche par département, la base de la dépense en droits constatés a été retenue. Pour l'année 2011, la dépense moyenne globale, en métropole, est de 425,19 €, dont 112,98 € pour l'hôpital (soins et forfaits hébergements), soit 26,6 % (25,7 % sur l'ensemble du territoire).

Dans les départements de la métropole, le coût moyen pour la dépense hospitalière varie de 75,18 € dans le département des Pyrénées-Orientales à 754,14 €, dans le département de la Lozère, soit une répartition ville/hôpital variant de 18,6 % à 75,5 %. Le montant atypique de la Lozère est lié au fait que ce département concentre de nombreux établissements de soins de longue durée.

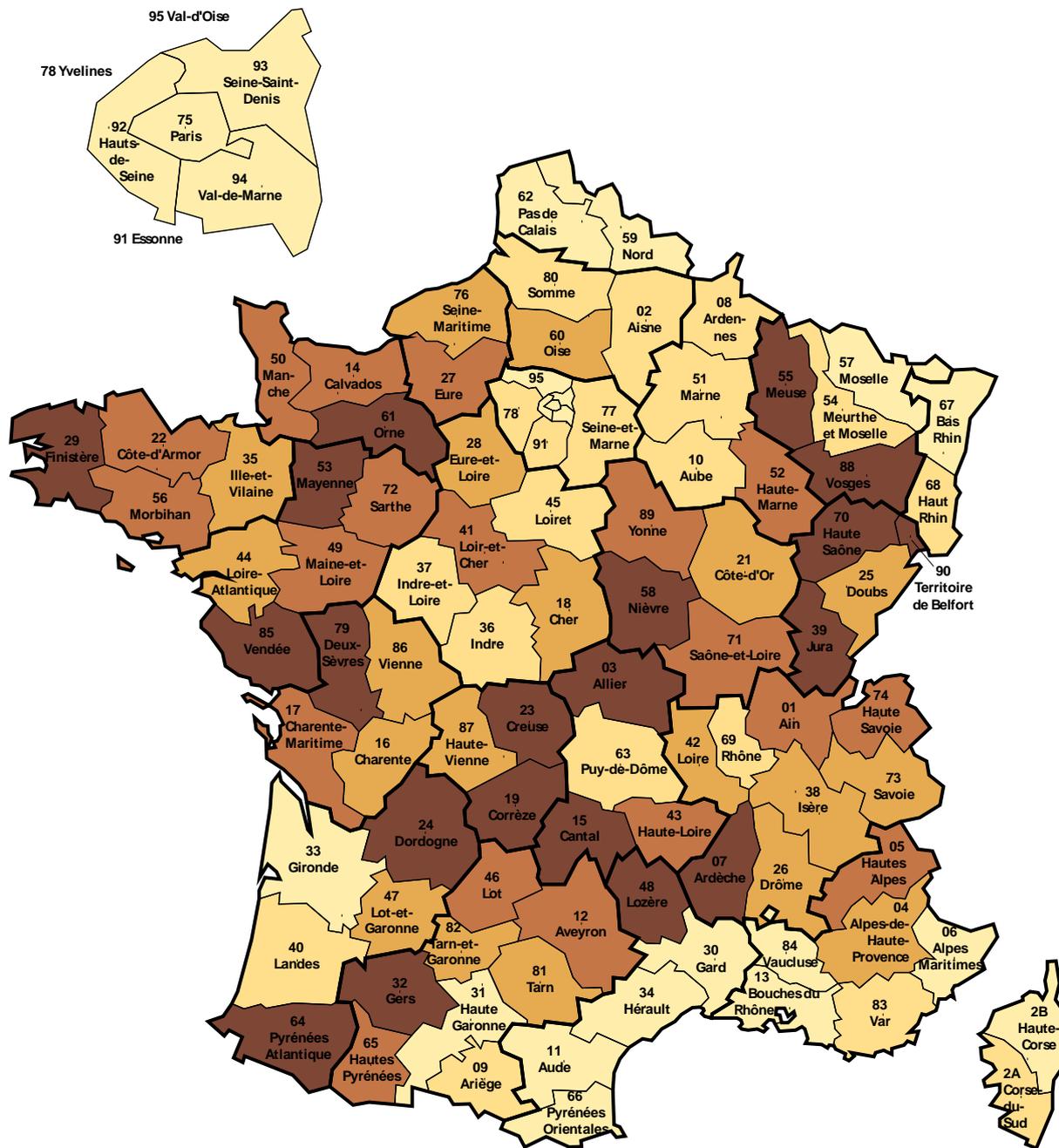
*Distribution de la dépense moyenne hospitalière pour la part CMU-C,  
en droits constatés, 2011, métropole*

	Hôpital	
	Coût moyen	Pourcent / Total part CMU-C
Max	754,14 €	75,5%
Médiane	124,51 €	30,7%
Moyenne	136,14 €	31,5%
Min	75,18 €	18,6%

Source : CNAMTS

La répartition par département illustre une plus faible part de la dépense hospitalière dans la région parisienne, le nord et le sud-est, qui sont les zones où la densité de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population est la plus forte. Par contre les départements de la Bretagne, qui rassemblent de faibles taux de population couverte par la CMU-C, réservent une part importante à la dépense hospitalière. Globalement, il est possible d'envisager que la part de la dépense hospitalière est la plus importante dans les zones aux plus faibles densités de bénéficiaires.

Part de la dépense hospitalière, distribution par département, en droits constatés, 2011, métropole



Couleur	Rapport Hôpital/Dépense		Nombre
	>= 38,3%	<= 73,7%	20
	>= 35,1%	< 38,3%	19
	>= 30,7%	< 35,1%	19
	>= 27,1%	< 30,7%	19
	>= 19,3%	< 27,1%	19
			<b>96</b>

Outil carte : PHILCARTO - Source : CNAMTS

### Précisions méthodologiques

*Les montants pour la dépense sont des données comptables.*

*Différence entre dépense en trésorerie et dépense en droits constatés :*

*En trésorerie, on retient la totalité de la dépense réglée au cours l'année n, soit celle réglée en année n au titre de l'année n, et celle réglée également en année n, mais au titre des exercices antérieurs. Exemple : pour calculer de coût moyen en trésorerie de l'année 2012, on retient le montant de la dépense au titre de l'exercice 2012 (soins effectués et remboursés en 2012), et le montant de la dépense au titre de l'exercice antérieur (soins effectués en 2011, voire avant 2011, mais remboursés en 2012).*

*En droits constatés, il faut attendre pour l'année n, les chiffres de l'année n-1 afin obtenir un coût définitif. Exemple : on connaît dès le 31 décembre 2012 le total de la dépense remboursée en 2012 au titre de l'exercice 2012 (soins effectués et remboursés en 2012), mais il faudra attendre le 31 décembre 2013 pour connaître le montant de la dépense remboursée en 2013 au titre de l'exercice antérieur (soins effectués en 2012, voire avant 2012, mais remboursés en 2013). En l'attente, pour évaluer la dépense 2012 en droits constatés, on ajoute un montant provisionnel de la dépense au titre de l'exercice antérieur, à la dépense payée en 2012 au titre de l'exercice 2012. Ce montant est communiqué par les régimes et estimé pour les OC. Les dépenses payées en 2012 au titre des exercices antérieurs qui pourraient être partiellement connues étant retirées.*

*Globalement, pour la dépense, les données définitives sont fiables pour la métropole. Pour les départements d'outre-mer, elles peuvent ne pas être tout à fait exactes, ou refléter une dépense qui n'est pas toujours comparable à celle de la métropole, compte tenu des spécificités de l'offre de soins locale. C'est pourquoi la métropole peut être la seule retenue pour une approche comparative entre les régimes et avec les OC.*

*Pour les effectifs, les données sont définitives pour tous les exercices. Par ailleurs, pour la CNAMTS, les effectifs de 2005 à 2007 ont fait l'objet d'une réropolation en 2008. Les chiffres du présent rapport sont donc différents de ceux indiqués dans des rapports antérieurs à l'année au cours de laquelle réropolation a été effectuée. Il en va de même pour les effectifs de la CCMSA, sur lesquels une réropolation a été effectuée en juillet 2010 sur les effectifs de 2007 à 2009 et pour ceux du RSI, sur lesquels une réropolation a été effectuée en février 2011 pour les effectifs de 2007 à 2010.*

*Pour les organismes complémentaires, les effectifs reprennent l'ensemble des bénéficiaires pour lesquels l'OC concerné a fourni les informations au Fonds CMU. Sur la dépense, un décalage de quelques centimes peut également se retrouver entre deux parties différentes du rapport. Ceci est lié à un traitement différencié des données.*

*L'évolution de la dépense n'est pas toujours le reflet d'une évolution dans la consommation des soins. Pour la dépense globale, la baisse ou la hausse doit être mise en rapport avec l'évolution des effectifs. Dans certains cas, une hausse peut être simplement liée à une meilleure comptabilisation des flux, ou bien, pour la dépense au titre des exercices antérieurs, à un rattrapage de flux bloqués pendant plusieurs mois, ce qui est arrivé en 2006 pour la dépense hospitalière. Pour la dépense individuelle, une évolution de la législation peut entraîner une variation. Cette occurrence s'est présentée, répartie entre 2006 et 2007, lorsque les forfaits dentaires et les forfaits hospitaliers ont été revalorisés et va se représenter pour 2010, avec la revalorisation du montant du forfait journalier (de 16 € à 18 €), et pour 2011, avec la revalorisation de la consultation des généralistes (22 € à 23 €).*

Piste de travail 4 : Produire au Régime général un indicateur annuel sur la dépense totale (part régime obligatoire et part CMU-C) des bénéficiaires de la CMU-C, moyenne par consommant, comparativement à celle des non bénéficiaires (avec et sans complémentaire santé). Produire au Régime général des indicateurs détaillés sur les bénéficiaires de la CMU-C consommant des soins hospitaliers, comparativement aux non bénéficiaires (avec et sans complémentaire santé).

#### 1.2.4. Les indicateurs CMU-C sur l'accès aux soins

La dotation de l'État au Fonds CMU (même si elle était de 0 €) ayant été supprimée par l'article 22 de la LFSS 2013, l'action concernant la CMU-C n'est plus intégrée au programme 183 de la LOLF. Les indicateurs fournis par le CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé) et par la CNAMTS dans ce cadre sont toutefois maintenus dans les différents rapports élaborés par le Fonds CMU.

Dans le cadre du programme 183, la direction de la sécurité sociale avait souhaité suivre les données non redressées pour les indicateurs, afin de maintenir une continuité dans les séries statistiques commencées dès la mise en place de la CMU-C, en 2000. Toutefois, depuis 2006, le CETAF opère un redressement sur les données, afin de pouvoir comparer les populations sur la base de structures similaires<sup>42</sup>. En dehors du contexte du programme 183, il paraît plus pertinent de suivre prioritairement les données redressées, afin d'avoir une mesure plus affinée de la réalité.

En effet, pour les consultants des CES (Centre d'examen de santé), la répartition entre les populations des non bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires a évolué et, parallèlement, la structure de la population des non bénéficiaires a changé sur la période de la dernière COG. Les CES ont en effet suivi des objectifs globaux de la CNAMTS, visant à donner la priorité aux personnes les plus précaires (avec ou sans CMU-C) dans le recrutement des consultants. Les redressements opérés tiennent compte de ces différentes évolutions.

*Évolution de la répartition Non bénéficiaires de la CMU-C / Bénéficiaires de la CMU-C dans la population des consultants des CES, de 2000 à 2012*

	Non CMU-C	CMU-C	Total	% CMU-C
2000	408 554	48 652	457 206	10,6%
2001	408 494	60 451	468 945	12,9%
2002	448 620	75 269	523 889	14,4%
2003	460 363	80 060	540 423	14,8%
2004	461 031	79 264	540 295	14,7%
2005	463 996	77 566	541 562	14,3%
2006	454 799	83 994	538 793	15,6%
2007	440 336	74 115	514 451	14,4%
2008	399 397	60 463	459 860	13,1%
2009	379 685	57 672	437 357	13,2%
2010	397 860	68 236	466 096	14,6%
2011	374 021	64 500	438 521	14,7%
2012	395 434	77 142	472 576	16,3%

Source : CETAF

<sup>42</sup> Pour l'année 2012, le redressement des données a été réalisé à partir des résultats de l'Enquête Emploi Insee 2011 et des données Fonds CMU au 31 décembre 2011.

Les programmes de qualité et d'efficience (PQE) reprennent également chaque année des indicateurs concernant l'accès à la CMU-C et à l'ACS et également le renoncement aux soins des bénéficiaires et des non bénéficiaires de la CMU-C. Ce deuxième indicateur est renseigné à partir de l'Enquête sur la santé et la protection sociale, effectuée tous les deux ans.

## **Indicateur 1 – Accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C**

### *Sous-Indicateur 1.1.1 – Écart de non recours au médecin et au dentiste avec les autres populations*

Ce premier sous-indicateur exprime la « satisfaction sanitaire » à travers la notion de « non-renoncement aux soins ». La « satisfaction » sera d'autant plus grande que l'assuré n'aura pas dû renoncer à des soins, pour des raisons financières entre autres. Dans le cadre de cet indicateur, le non recours signifie que la personne n'a pas consulté un médecin ou un dentiste au cours des deux dernières années.

L'écart est calculé à partir des moyennes de non recours au médecin et de non recours au dentiste, pour les bénéficiaires et pour les non bénéficiaires de la CMU-C. Il est calculé au cours de l'année n (2013) pour l'année n-1 (2012). Pour 2012, il s'établit à 6,65 points, soit une évolution de + 0,65 point en un an, mais il a globalement baissé entre 2006 et 2012 avec une diminution totale de - 0,57 point.

On assiste à une remontée égale pour l'écart et pour le non recours des bénéficiaires de la CMU-C, compte tenu du fait que le taux de non recours des non bénéficiaires est le même en 2012 qu'en 2011.

*Évolution du non recours et de l'écart de non recours au médecin et au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, données redressées 2006 – 2012, données non redressées 2000 – 2012*

Données redressées	Moyenne Médecin et Dentiste		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	19,61	12,39	7,23
2007	19,45	12,55	6,90
2008	19,15	12,70	6,45
2009	19,18	12,74	6,44
2010	18,65	12,74	5,91
2011	19,10	13,10	6,00
2012	<b>19,75</b>	<b>13,10</b>	<b>6,65</b>
Évolution 2011 - 2012	<b>0,65</b>	<b>0,00</b>	<b>0,65</b>
Évolution 2006 - 2012	<b>0,14</b>	<b>0,71</b>	<b>-0,57</b>

### **Détail de l'indicateur pour le non recours au médecin**

En 2012, en données redressées, l'écart de non recours au médecin, entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 4,60 points. Il a augmenté de + 0,70 point entre 2011 et 2012 et dépasse très légèrement (+ 0,05 point) l'écart constaté en 2006.

Le non recours a progressé de + 0,60 point entre 2011 et 2012 pour les bénéficiaires de la CMU-C, là où il a légèrement régressé (- 0,10 point) pour les non bénéficiaires. Dans les deux

cas, le taux de non recours au médecin en 2012 est supérieur à celui de 2006 (+ 0,18 point pour les bénéficiaires et + 0,13 point pour les non bénéficiaires).

*Évolution du non recours et de l'écart de non recours au médecin entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, données redressées 2006 – 2012*

Données redressées	Médecin		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	9,72	5,17	4,55
2007	9,60	5,30	4,30
2008	9,10	5,40	3,70
2009	8,76	4,98	3,78
2010	8,83	5,15	3,68
2011	9,30	5,40	3,90
2012	<b>9,90</b>	<b>5,30</b>	<b>4,60</b>
Évolution 2011 - 2012	<b>0,60</b>	<b>-0,10</b>	<b>0,70</b>
Évolution 2006 - 2012	<b>0,18</b>	<b>0,13</b>	<b>0,05</b>

Source : CETAF

### Détail de l'indicateur pour le non recours au dentiste

En 2012, en données redressées, l'écart de non recours au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 8,70 points. Il a augmenté de + 0,60 point entre 2011 et 2012 mais il reste en régression (- 1,20 point) par rapport à l'écart constaté en 2006.

Le non recours a progressé de + 0,70 point entre 2011 et 2012 pour les bénéficiaires de la CMU-C, soit moins que pour les non bénéficiaires (+ 0,10 points). Dans les deux cas, le taux de non recours au dentiste en 2012 est supérieur à celui de 2006 (+ 0,10 point pour les bénéficiaires et + 1,30 point pour les non bénéficiaires).

*Évolution du non recours et de l'écart de non recours au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, données redressées 2006 – 2012*

Données redressées	Dentiste		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	29,50	19,60	9,90
2007	29,30	19,80	9,50
2008	29,20	20,00	9,20
2009	29,60	20,50	9,10
2010	28,47	20,33	8,14
2011	28,90	20,80	8,10
2012	<b>29,60</b>	<b>20,90</b>	<b>8,70</b>
Évolution 2011 - 2012	<b>0,70</b>	<b>0,10</b>	<b>0,60</b>
Évolution 2006 - 2012	<b>0,10</b>	<b>1,30</b>	<b>-1,20</b>

Source : CETAF

### Sous-Indicateur 1.1.2 – Écart de santé global avec les autres populations

Ce sous-indicateur est déterminé par l'écart entre la note moyenne de santé perçue établie par le CETAF entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C. Ce score retrace l'état de santé réel des individus et leur place par rapport au système et à l'offre de soins, par une

mesure de satisfaction sanitaire fondée sur la santé perçue à travers une note sur 10. Comme pour le renoncement aux soins, ces chiffres sont disponibles dans le courant de l'année n pour l'année n-1, donc en 2013 pour l'année 2012. On estime qu'une personne a une bonne perception de sa santé à partir du moment où la note atteint au moins 7.

En données redressées, l'écart entre les notes de santé perçue est de 0,32 point (en valeur absolue) entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C.

La note de santé perçue pour 2012 est de 6,86 sur 10 pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 7,18 pour les non bénéficiaires. Même si l'écart reste faible, l'objectif reste que la note de santé de perçue pour les bénéficiaires de la CMU-C atteigne au moins 7.

En 2006, l'écart était de 0,62 point. Sa diminution se retrouve dans l'augmentation régulière de la note de santé perçue pour les bénéficiaires (+ 0,25 point), là où la note pour les non bénéficiaires est légèrement plus faible qu'en 2006 (- 0,05 point).

*Évolution de la note de santé perçue pour les bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, 2006 – 2012, données redressées*

Données redressées	Note de santé		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	6,61	7,23	0,62
2007	6,57	7,20	0,63
2008	6,73	7,22	0,49
2009	6,80	7,23	0,43
2010	6,89	7,24	0,35
2011	6,92	7,20	0,28
2012	<b>6,86</b>	<b>7,18</b>	<b>0,32</b>
Évolution 2011 - 2012	-0,06	-0,02	0,04
Évolution 2006 - 2012	0,25	-0,05	-0,30

Source : CETAF

En complément de la note de santé perçue, on mesure la perception négative de la santé en calculant la prévalence des notes de santé perçue inférieures à 7.

En données redressées, l'écart entre la prévalence des notes de santé perçue inférieures à 7 des bénéficiaires de la CMU-C et celle des non bénéficiaires est de 17,40 points (en valeur absolue). Il augmente de + 3,34 points en un an, mais il est inférieur de - 4,47 points à celui de 2006.

En 2012, la prévalence pour les bénéficiaires de la CMU-C est de 43,29 points. Elle évolue de + 4,79 points par rapport à 2011 et reste légèrement inférieure à celle de 2006 (- 0,36 point). La prévalence pour les non bénéficiaires augmente également entre 2011 et 2012, mais dans des proportions moindres (+ 1,45 point). Par contre cette dernière a régulièrement augmenté entre 2006 et 2012 (+ 4,11 points).

La note de santé de perçue s'analyse également en lien avec l'évolution du score EPICES<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> Indicateur de précarité des centres d'examen de santé (Score). Pour l'année 2012, le redressement des données a été réalisé à partir des résultats de l'Enquête Emploi Insee 2011 et des données Fonds CMU au 31 décembre 2011.

L'écart entre le score EPICES des bénéficiaires de la CMU-C et ceux des non bénéficiaires est de 17,40 points en 2012, soit une évolution de + 3,34 points en un an et de – 4,47 points depuis 2006.

L'écart augmente en 2012 parce que le score EPICES évolue plus rapidement pour les bénéficiaires de la CMU-C (+ 4,79 points) que pour les non bénéficiaires (+ 1,45 point).

Il convient toutefois de tenir compte des fluctuations d'échantillon d'une année sur l'autre, compte tenu du fait que, depuis 2006 l'écart entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C a baissé de – 4,47 points. Il est également important de noter que le score EPICES a gagné en qualité avec le temps. Il a été renseigné par les consultants des CES à presque 100 % en 2012.

*Évolution du Score EPICES, 2006 – 2012, données redressées*

Données redressées	Score EPICES		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	43,65	21,78	21,87
2007	43,56	21,77	21,79
2008	41,78	23,10	18,68
2009	40,23	22,85	17,38
2010	37,53	23,24	14,29
2011	38,50	24,44	14,06
2012	<b>43,29</b>	<b>25,89</b>	<b>17,40</b>
Évolution 2011 - 2012	4,79	1,45	3,34
Évolution 2006 - 2012	-0,36	4,11	-4,47

Source : CETAF

En conclusion et globalement, la situation des bénéficiaires de la CMU-C semble s'être dégradée en 2012 plus rapidement que celle des non bénéficiaires, avec une cohérence entre l'augmentation du renoncement aux soins, une moins bonne perception de la santé perçue et une progression de l'évaluation de la vulnérabilité sociale. Cette évolution défavorable devra être observée attentivement les années prochaines.

### 1.2.5. Les autres indicateurs

Les programmes de qualité et d'efficacité (annexe 1 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour chaque année) présentent des indicateurs sur les thèmes suivants :

- maladie
- famille
- retraite
- accidents du travail et maladies professionnelles
- invalidité
- financement

Pour le thème maladie, l'objectif 1 - *Assurer un égal accès aux soins comprend l'Indicateur n°1-3 : Recours à une complémentaire santé pour les plus démunis* est renseigné par le Fonds CMU. Il s'agit de suivre l'évolution des effectifs de la CMU-C et de l'ACS en apportant des éléments de contexte qui peuvent éclairer les variations, notamment les évolutions législatives.

La DREES renseigne les éléments concernant le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois pour des raisons financières avec la mesure de l'écart entre les titulaires de la CMU complémentaire et les titulaires d'une couverture complémentaire privée.

L'indicateur de renoncement aux soins est construit comme la différence entre le taux standardisé de renoncement des bénéficiaires de la CMU-C et celui des détenteurs d'une couverture complémentaire santé traditionnelle. Son évolution depuis 2000 est retracée dans le tableau ci-après pour les individus âgés de 18 à 64 ans :

*Indicateur sur le taux de renoncement aux soins de 2000 à 2010*

Taux de renoncements aux soins	Sans le suréchantillon de CMU-Cistes				Avec le suréchantillon de CMU-Cistes			Objectif
	2000	2002	2004	2006	2006	2008	2010	
<b>des bénéficiaires de la CMU-C (1)</b>	29,20%	15%	20%	21,40%	19,10%	22,10%	20,40%	<b>Réduction</b>
<b>des bénéficiaires d'une couverture traditionnelle (2)</b>	14,60%	10,20%	13,20%	13,90%	13,90%	15,20%	14,70%	
<b>des personnes non protégées par une AMC (3)</b>	32,70%	26,80%	33,10%	33,20%	33,20%	35,10%	32,60%	
<b>Écart de renoncement CMU/couverture privée (1)-(2)</b>	<b>14,6 pts</b>	<b>4,8 pts</b>	<b>6,8 pts</b>	<b>7,5 pts</b>	<b>5,2 pts</b>	<b>6,9 pts</b>	<b>5,7 pts</b>	
<b>Écart de renoncement sans couverture/couverture privée (3)-(2)</b>	<b>18,1 pts</b>	<b>16,6 pts</b>	<b>19,9 pts</b>	<b>19,3 pts</b>	<b>19,3 pts</b>	<b>19,9 pts</b>	<b>17,9 pts</b>	

Source : ESPS 2010, calculs DREES.

Champ : population métropolitaine ; la structure démographique de la sous-population CMU-C est calée sur la structure démographique métropolitaine.

Note de lecture : 14,7 % des bénéficiaires d'une couverture traditionnelle déclarent renoncer à des soins pour raisons financières ; à structure démographique identique, les bénéficiaires de la CMU-C sont 20,4 % à le déclarer.

« L'absence de couverture complémentaire est le principal paramètre qui paraît influencer le taux de renoncement pour raisons financières. Ainsi, 32,6 % des individus non couverts déclarent avoir renoncé à des soins en 2010. En supprimant les différences d'âge et de sexe, les bénéficiaires de la CMU-C sont 20,4% à renoncer, quand ceux protégés par une couverture privée sont 14,7 %. La très forte baisse du taux de renoncement des bénéficiaires de la CMU-C observée en début de période s'explique par un phénomène de montée en charge de la CMU-C, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2000.

L'écart des taux standardisés de renoncement aux soins pour raisons financières entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires d'une couverture privée est de l'ordre de 5 à 7 points selon les années (5,7 points en 2010). S'il est impossible de tirer des conclusions robustes quant à l'évolution de cet écart depuis dix ans, il est revanche certain que la différence entre CMU-Cistes et autres assurés est importante. Toutefois, le taux de renoncement aux soins plus élevé des CMU-Cistes s'explique par la spécificité de leurs caractéristiques socio-économiques (non prises en compte dans la standardisation réalisée ici).

*Les travaux économétriques récents de la DREES et de l'Irdes en la matière montrent que l'effet propre (« toutes choses égales par ailleurs ») de la CMU-C sur le renoncement aux soins pour raisons financières est similaire à celui d'une bonne couverture complémentaire<sup>44</sup>. L'écart résulte donc des différences de revenus, du chômage plus fréquent, de la part importante d'ouvriers et employés et également de la surreprésentation des familles monoparentales. La CMU-C joue donc un rôle indéniable dans l'accessibilité financière des soins, tout comme une couverture complémentaire traditionnelle. »*

Ces données concernant le renoncement aux soins sont issues de la dernière enquête ESPS connue qui fournit des données tous les deux ans.

### **1.3. L'ACS : une progression régulière**

#### **1.3.1. Les effectifs**

##### ***1.3.1.1. La délivrance des attestations ACS***

Sur le 1<sup>er</sup> semestre 2013, avant le relèvement du plafond de l'ACS, le nombre de bénéficiaires d'attestations est en hausse de + 11,7 % par rapport au 1<sup>er</sup> semestre 2012, tous régimes confondus.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2013 marque l'entrée en vigueur du relèvement du plafond de l'ACS consécutivement à celui de la CMU-C. Le second semestre a donc été marqué par une très nette hausse du nombre d'attestations délivrées.

---

<sup>44</sup> Cf. les actes du colloque « Renoncement aux soins » du 22 novembre 2011 publiés par la Drees.

*Délivrance et utilisation des attestations ACS depuis 2013 et jusqu'au 1er semestre 2014*

	Nbre mensuel de bénéfés	Evol en une année (mois à mois)	Evol en une année hors relèvement du plafond au 1er juillet 2013 (mois à mois)	Nbre bénéfés au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant annuel déduction
janv-13	98 007	10,2%	-	1 014 209	-	-
févr-13	90 040	4,4%	-	1 017 968	776 374	278 €
mars-13	97 800	11,0%	-	1 027 693	-	-
avr-13	94 722	27,6%	-	1 048 171	-	-
mai-13	92 014	15,4%	-	1 060 464	826 257	277 €
juin-13	93 872	4,5%	-	1 064 499	-	-
juil-13	104 056	35,3%	16,9%	1 091 674	-	-
août-13	80 089	2,7%	-11,2%	1 093 804	873 677	277 €
sept-13	90 096	16,6%	0,7%	1 106 611	-	-
oct-13	105 310	15,2%	-0,5%	1 120 519	-	-
nov-13	106 366	16,6%	0,8%	1 135 679	885 312	282 €
déc-13	104 806	25,8%	8,7%	1 157 178	-	-
janv-14	101 692	3,8%	-11,1%	1 160 863	-	-
févr-14	96 961	7,7%	-7,7%	1 167 784	897 851	277 €
mars-14	96 548	-1,3%	-15,4%	1 166 532	-	-
avr-14	95 630	1,0%	-13,5%	1 167 440	-	-
mai-14	93 113	1,2%	-13,3%	1 168 539	920 613	295 €
juin-14	98 672	5,1%	-9,9%	1 173 339	-	-

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI

■ **Les données sur les accords et les refus**

*Nota : les données sur les demandes, les accords et les refus fournies par la CNAMTS sont uniquement disponibles en nombre de foyers (pas en nombre de bénéficiaires)*

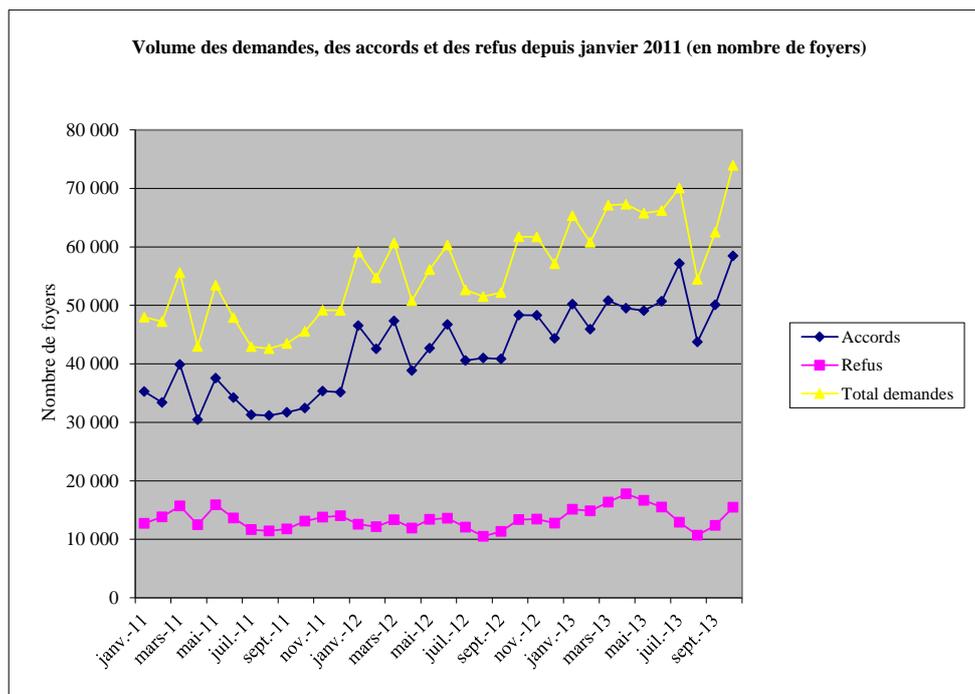
En 2012, le volume des accords a été en hausse sensible de + 29,5 %. Cette évolution est à mettre en lien avec la hausse globale de + 19,5 % du nombre de demandes, sachant par ailleurs que l'on constate une baisse des refus de - 6,0 %. La hausse de la délivrance a donc surtout résulté d'une hausse du volume des demandes et, dans une moindre mesure, d'une baisse des refus.

Sur les 10 premiers mois de 2013, le volume des accords est en hausse de + 16,1 %, mais celui des refus est également en hausse sensible de + 18,9 % (hausse du nombre de demandes de + 16,7 %).

La hausse des refus s'établit à + 24,9 % sur les 6 premiers mois (avant le relèvement du plafond) ; en revanche, elle décélère très fortement sur la période allant de juillet à octobre : + 8,8 %. Le relèvement du plafond a permis d'absorber des demandes qui auraient abouti à des refus sans sa mise en place.

Le Fonds CMU a interrogé la CNAMTS sur la hausse sensible des refus constatée sur le début de 2013 mais aucune anomalie n'a a priori été constatée.

Il convient cependant de garder à l'esprit que les refus ne représentent que 22,6 % des demandes. Une approche graphique de la situation montre l'impact primordial des accords au sein des demandes.



Source : CNAMTS

### ■ La structure par âge des bénéficiaires

On constate une légère augmentation de la part des « 60 ans et plus » dans les attributions sur le début de l'année 2013 et en particulier dès le relèvement du plafond intervenu au 1<sup>er</sup> juillet.

*Répartition selon les tranches d'âges des bénéficiaires d'attestations ACS délivrées par le régime général sur 2011, 2012 et jusqu'à octobre 2013*

	janv-13	févr-13	mars-13	avr-13	mai-13	juin-13	juil-13	août-13	sept-13	oct-13
moins de 16 ans	26,8%	26,9%	26,6%	26,4%	26,0%	26,4%	23,5%	23,9%	23,9%	24,4%
entre 16 et 49 ans	39,3%	38,9%	39,4%	39,0%	38,8%	38,2%	38,3%	38,7%	39,0%	38,2%
entre 50 et 59 ans	12,4%	12,2%	12,1%	12,4%	12,2%	13,1%	13,3%	13,3%	13,6%	13,2%
plus de 60 ans	21,5%	22,0%	21,9%	22,1%	23,0%	22,3%	24,8%	24,1%	23,5%	24,2%
	<b>100,0%</b>									

	Moyenne 2013 (10 mois)	Moyenne 2012	Moyenne 2011
moins de 16 ans	25,5%	26,6%	26,3%
entre 16 et 49 ans	38,8%	39,7%	40,4%
entre 50 et 59 ans	12,8%	12,3%	12,8%
plus de 60 ans	23,0%	21,4%	20,6%
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Source : CNAMTS

## ■ *Les renouvellements*

Appréciés en nombre de bénéficiaires, on observe sur la base des données fournies par la CNAMTS, une augmentation pour ce qui concerne la part des renouvellements au sein des accords : le chiffre était de 34,2 % en 2011 et de 34,9 % en 2012. Il s'élève à 37,4 % sur les 10 premiers mois de 2013.

### Encadré 9 : Étude des motifs de non renouvellement de l'Aide à la Complémentaire Santé : présentation des premiers résultats de la recherche-action menée par la 52<sup>ème</sup> promotion de l'EN3S

Toujours dans l'objectif de mieux comprendre les raisons du non recours au dispositif de l'ACS, le Fonds CMU, en collaboration avec la direction de la sécurité sociale et l'EN3S, s'est intéressé au problème spécifique du renouvellement à l'ACS.

Cette étude a été menée avec un groupe d'étudiants de la 52<sup>ème</sup> promotion de l'EN3S. Elle s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche-action sur le thème de « l'accès aux soins » piloté par la direction de la sécurité sociale.

La CPAM de Nîmes a accepté d'être partenaire de ce projet, notamment en autorisant et en participant activement à la réalisation d'une enquête auprès d'assurés du département du Gard.

Le concours de cette caisse est particulièrement intéressant puisque la CPAM de Nîmes a été chargée de piloter une mission nationale sur les « publics vulnérables » dans laquelle le non recours apparaît comme l'un des sujets majeurs.

Les éléments présentés constituent un premier point d'étape, sachant que le rapport définitif sera remis début 2014 pour une publication sur le site du Fonds CMU ([www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)) dans le courant du premier semestre 2014 (après la soutenance qui interviendra en juin 2014).

Le taux de renouvellement est aujourd'hui évalué par les caisses d'assurance maladie à 37 %, chiffre qui pose question, compte tenu du taux de renouvellement observé en CMU-C (entre 65 % et 75 %) et des éléments recueillis auprès de quelques organismes complémentaires qui laissent apparaître un taux de renouvellement proche de 50 %.

L'objectif poursuivi par la recherche-action consistait donc à analyser les motifs de non renouvellement de l'ACS et proposer des actions visant à réduire ce phénomène.

#### **Le déroulement de l'étude :**

La population étudiée, composée d'actifs, de retraités, d'invalides et de bénéficiaires de l'AAH, a été constituée des foyers ayant reçu une attestation entre 2008 et 2011.

Deux modes de sondage ont été retenus :

- une enquête par questionnaire
- une enquête par phoning

L'enquête par questionnaire porte sur 2 populations :

- les assurés n'ayant pas renouvelé (1 090 personnes)
- les assurés ayant renouvelé (3 984 personnes)

Le taux de retour a été très important pour le questionnaire sur le renouvellement (43%) et un peu moindre pour le questionnaire sur le non renouvellement (22%).

Les résultats sont présentés en 3 grands blocs :

- la qualité de l'information auprès des bénéficiaires
- la complexité des démarches
- le reste à charge et le choix du contrat de complémentaire santé

### La qualité de l'information auprès des bénéficiaires

Résultats	Actions possibles
<p>45 % des motifs de non renouvellement sont liés à une absence d'information ou une mauvaise compréhension de celle-ci par les assurés.</p> <p>-19,1 % pensent que le renouvellement est automatique</p> <p>-14,4 % considèrent que leur revenu était trop élevé</p> <p>-10,6 % pensaient y avoir droit une seule fois</p> <p>Le public qui n'a pas renouvelé semble avoir moins bien reçue cette information :</p> <p>-60 % ont déclaré avoir reçu une information contre</p> <p>-84% pour la population qui a renouvelé</p> <p>-75 % à avoir trouvé cette information claire contre</p> <p>-88 % pour la population qui a renouvelé.</p>	<p>Développer l'information sur le tiers payant social</p> <p>Développer l'information par les CPAM pour les assurés en situation de renouvellement :</p> <p>-Des relances ciblées à par les CPAM (cela suppose la fiabilisation du lien Noémie)</p> <p>-Proposer un document type sur le renouvellement de l'ACS à fournir aux OC</p> <p>Proposer une information personnalisée pour les assurés qui n'ont pas renouvelé</p> <p>Mettre en œuvre des actions de communication spécifiques auprès des professionnels de santé</p> <p>Le message : insister sur les conditions de renouvellement et le tiers payant social</p> <p>Les supports : affiches dans les cabinets ; information en ligne sur Espace Pro...</p>
<i>La complexité des démarches</i> Résultats	Actions possibles
<p>La complexité des démarches ne paraît pas être le principal facteur (cité) de non renouvellement (8,9% des raisons évoquées par les assurés n'ayant pas renouvelé) mais reste toutefois un levier d'action possible (19% de la population pensait que le renouvellement était automatique).</p> <p>53% de la population qui n'a pas renouvelé estime avoir eu des difficultés à entamer les démarches contre 20% pour la population qui a renouvelé</p> <p>37% de la population qui n'a pas renouvelé considère que le dossier est difficile à remplir contre 25% pour la population qui a renouvelé.</p> <p>Les difficultés de réalisation des démarches semblent plus prégnantes que la complexité même du dossier.</p>	<p>Simplifier le dossier de renouvellement (Longueur, Items, PJ à fournir).</p> <p>Simplifier les démarches de renouvellement.</p> <p>Automatiser la procédure de versement de l'aide auprès des OC (sélectionnés par appel d'offre).</p> <p>Simplifier l'articulation ACS / Tiers Payant social.</p> <p>Une seule attestation, une même période de validité.</p> <p>Faire évoluer le format actuel de l'attestation (attribution d'une carte plutôt qu'un papier libre).</p> <p>Intégrer l'information sur le droit au TPS au compte en ligne « assurés » ouvert aux PS.</p> <p>Simplifier l'articulation aide légale / aide extra-légale</p> <p>Harmoniser les aides sur le territoire ?</p> <p>Verser l'aide aux OC en même temps que l'aide légale.</p>

## Le reste à charge et le choix d'une complémentaire santé

Résultats	Actions possibles
<p>Le choix d'une complémentaire santé apparaît compliqué pour la population qui n'a pas renouvelée (46%).</p> <p>36,9% des personnes ayant renouvelé ne sont pas satisfaits de la couverture de leur mutuelle.</p> <p>35% des personnes interrogées pensent que le contrat n'est pas adapté à leurs besoins.</p> <p>70% de ceux qui n'ont pas de mutuelles évoquent le fait que le coût d'une mutuelle reste trop élevé malgré l'aide.</p> <p>Une personne sur deux déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières.</p>	<p>Argumenter, analyser les mesures en cours de discussion au niveau national :</p> <p>Organiser une mise en concurrence et sélectionner les OC habilités à proposer ces contrats en fonction du coût et de la qualité de l'offre.</p> <p>Définir des paniers de soins spécifiques ACS (soins inclus dans les remboursements et coût du contrat associé).</p>

En ce qui concerne l'étude par phoning, les premiers résultats (40 bénéficiaires) confirment que le principal motif de non renouvellement reste l'absence ou la mauvaise compréhension de l'information sur les modalités de renouvellement. Le reste à charge sur le prix du contrat et la complexité des démarches sont des motifs qui sont cités en second plan.

A noter : le principe du tiers payant associé à l'ACS est peu connu par la population interrogée.

**Proposition 3 :** Instaurer une obligation d'information des organismes complémentaires à l'égard des caisses d'assurance maladie sur la date de début du contrat ACS pour permettre aux caisses de mener des actions ciblées à l'égard des bénéficiaires potentiels ou dont les droits arrivent à échéance.

**Proposition 4 :** Dans le cadre de la mise en concurrence des contrats ACS, envisager de manière opérationnelle la suppression de l'attestation de droits et l'automatisation du versement de l'aide directement de la caisse à l'OC.

**Proposition 5 :** Engager une réflexion sur la simplification du formulaire de demande et l'allègement des pièces justificatives à produire lors du renouvellement des droits CMU-C/ACS.

### 1.3.1.2. *L'utilisation des attestations ACS*

Le nombre de personnes ayant effectivement utilisé leur attestation auprès d'un OC s'établit à 920 613 à fin mai 2014 (+ 34,3 % par rapport à mai 2012).

Les évolutions peuvent être erratiques selon les trimestres (faible évolution toujours constatée sur le mois de février par exemple). Certains organismes complémentaires peuvent effectuer des régularisations (décalages dans les déclarations), qu'il est difficile d'anticiper.

L'ensemble des chiffres déclarés par les OC dans le cadre de leurs déclarations sont cependant systématiquement contrôlés afin de déceler d'éventuelles ruptures anormales.

*L'utilisation des attestations ACS auprès des OC depuis 2011*

	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Evolution / T-1	Evolution / N-1	Taux d'utilisation des attestations (*)
févr-11	528 183	-0,9%	7,1%	82,1%
mai-11	561 618	6,3%	8,6%	84,6%
août-11	595 940	6,1%	11,0%	85,2%
nov-11	621 380	4,3%	16,6%	84,6%
févr-12	635 713	2,3%	20,4%	81,0%
mai-12	685 059	7,8%	22,0%	82,1%
août-12	738 021	7,7%	23,8%	82,7%
nov-12	774 041	4,9%	24,6%	80,5%
févr-13	776 374	0,3%	22,1%	76,5%
mai-13	826 257	6,4%	20,6%	78,8%
août-13	873 677	5,7%	18,4%	80,0%
nov-13	885 312	1,3%	14,4%	79,0%
févr-14	897 851	1,4%	15,6%	77,3%
mai-14	920 613	2,5%	11,4%	78,9%

Source : Fonds CMU

(\*) Nombre d'utilisateurs constatés à l'issue du mois M / Nombre de bénéficiaires sur 12 mois glissants en partant de M-1

Le taux d'utilisation était de près de 79 % à cette date. Le montant annuel moyen de la déduction s'élève à 295 euros à la même date, soit une hausse de 6,5% par rapport à l'année précédente.

**Encadré 10 : Données comparatives ACS et CMU-C par département pour le régime général en 2012**

Il est logique de considérer, vue la proximité des tranches de revenus entre les deux dispositifs, qu'à un nombre relativement élevé de bénéficiaires de la CMU-C, doit correspondre une situation comparable au niveau de l'ACS.

Dans le cadre du travail conduit par le Fonds CMU chaque année, une attention particulière est portée sur les situations où le pourcentage « nombre de bénéficiaires ACS / nombre de bénéficiaires CMU-C » est le plus faible comparativement à la moyenne. Cependant, on constate que la juste interprétation des résultats nécessite de s'intéresser également au nombre de bénéficiaires de l'ACS par rapport à la population du département.

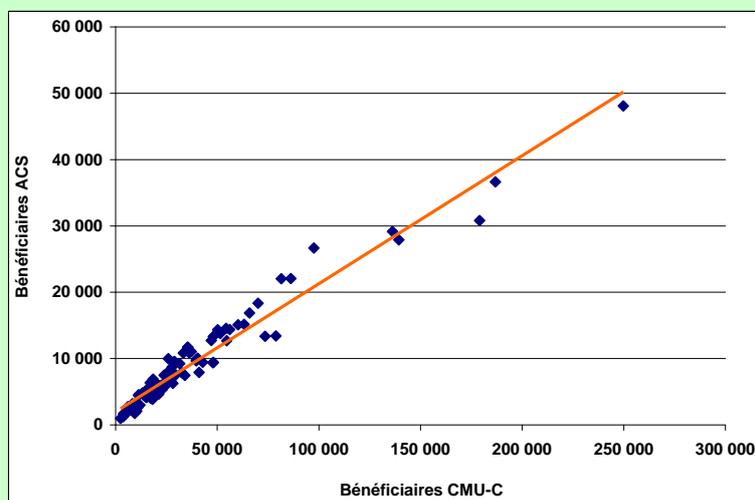
**L'analyse des situations à partir du ratio « ACS / CMU-C »**

Le classement à partir du ratio étudié pour le régime général en métropole conduit à des résultats très homogènes dans leur ensemble. Le coefficient de corrélation très élevé (0,98), traduit une très forte homogénéité des résultats.

Le taux moyen « ACS / CMU-C » ressort à 24,7 % (18,7 % en 2011). Cette hausse est logique compte-tenu du fort relèvement du plafond de l'ACS intervenu au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Aucune situation ne ressort comme atypique.

*Total effectifs ACS/Total effectifs CMU-C par département, métropole, 2012*



*Sources : CNAMTS (ACS), tous régimes (CMU-C)*

Il est intéressant de comparer la liste des 15 départements où le taux étudié est le plus élevé par rapport à celle des 15 départements où le taux est le plus faible.

*Rapport ACS/CMUC, les quinze taux les plus élevés et les quinze taux les plus faibles, métropole, 2012*

N° Dpt	Nom Département	Efectifs CMU-C 2012	Effectifs ACS 2012	Ratio ACS / CMU-C 2012	Classement ACS / CMU-C 2012
43	Haute-Loire	6 111	2 725	44,59%	1
202	Haute-Corse	6 033	2 540	42,10%	2
15	Cantal	3 927	1 642	41,81%	3
201	Corse-du-Sud	4 382	1 772	40,44%	4
48	Lozère	2 419	962	39,77%	5
73	Savoie	11 412	4 529	39,69%	6
4	Alpes-de-Haute-Provence	7 056	2 768	39,23%	7
65	Hautes-Pyrénées	11 317	4 403	38,91%	8
64	Pyrénées-Atlantiques	25 919	9 978	38,50%	9
12	Aveyron	8 377	3 182	37,98%	10
32	Gers	7 674	2 909	37,91%	11
85	Vendée	16 977	6 330	37,29%	12
23	Creuse	5 986	2 225	37,17%	13
22	Côtes-d'Armor	18 525	6 866	37,06%	14
7	Ardèche	13 318	4 814	36,15%	15

N° Dpt	Nom Département	Efectifs CMU-C 2012	Effectifs ACS 2012	Ratio ACS / CMU-C 2012	Classement ACS / CMU-C 2012
94	Val-de-Marne	78 846	13 411	17,01%	96
93	Seine-Saint-Denis	179 086	30 783	17,19%	95
95	Val-d'Oise	73 593	13 343	18,13%	94
9	Ariège	9 446	1 714	18,15%	93
80	Somme	41 067	7 892	19,22%	92
59	Nord	249 877	48 060	19,23%	91
57	Moselle	48 179	9 396	19,50%	90
67	Bas-Rhin	47 922	9 387	19,59%	89
13	Bouches-du-Rhône	186 893	36 617	19,59%	88
55	Meuse	10 435	2 074	19,88%	87
62	Pas-de-Calais	139 388	27 870	19,99%	86
90	Territoire-de-Belfort	10 045	2 049	20,40%	85
18	Cher	18 164	3 835	21,11%	84
75	Paris	136 195	29 156	21,41%	83
56	Morbihan	21 221	4 635	21,84%	82

Parmi les départements « les moins bien placés » (deuxième tableau) figurent des départements de tailles sensiblement plus importantes que dans le classement de tête (premier tableau) : ils représentent en effet 26,1 % de la population de la métropole (contre 7,0 % pour les départements du premier tableau).

Aussi, l'amélioration de la situation des plus gros départements (en termes de population) pourrait donc avoir un impact sur le résultat global.

**La poursuite de l'analyse en métropole à partir du ratio « ACS / population »**

Il est ainsi intéressant de faire un retour sur la situation des 15 caisses où le taux « ACS / CMU-C » est ressorti le plus défavorable, en y ajoutant une référence au ratio « ACS / population ».

*Rapport ACS/CMUC et taux d'ACS dans les DOM, quinze caisses de métropole connaissant le taux ACS/CMUC le plus faible, 2012*

N° Dpt	Nom Département	Population	CMU-C 2012	ACS 2012	Taux CMU-C 2012	Classement CMU-C 2012	ACS / Population 2012	Classement ACS / Population 2012	ACS / CMU-C 2012	Classement ACS / CMU-C 2012
94	Val-de-Mame	1 340 868	78 846	13 411	5,88%	19	1,00%	82	17,01%	96
93	Seine-Saint-Denis	1 534 895	179 086	30 783	11,67%	1	2,01%	6	17,19%	95
95	Val-d'Oise	1 187 836	73 593	13 343	6,20%	16	1,12%	69	18,13%	94
9	Ariège	157 582	9 446	1 714	5,99%	18	1,09%	73	18,15%	93
80	Somme	583 388	41 067	7 892	7,04%	11	1,35%	37	19,22%	92
59	Nord	2 617 939	249 877	48 060	9,54%	2	1,84%	11	19,23%	91
57	Moselle	1 066 667	48 179	9 396	4,52%	52	0,88%	92	19,50%	90
67	Bas-Rhin	1 115 226	47 922	9 387	4,30%	61	0,84%	94	19,59%	89
13	Bouches-du-Rhône	2 000 550	186 893	36 617	9,34%	4	1,83%	12	19,59%	88
55	Meuse	200 509	10 435	2 074	5,20%	33	1,03%	79	19,88%	87
62	Pas-de-Calais	1 489 209	139 388	27 870	9,36%	3	1,87%	9	19,99%	86
90	Territoire-de-Belfort	146 475	10 045	2 049	6,86%	12	1,40%	35	20,40%	85
18	Cher	319 600	18 164	3 835	5,68%	23	1,20%	56	21,11%	84
75	Paris	2 268 265	136 195	29 156	6,00%	17	1,29%	47	21,41%	83
56	Morbihan	744 663	21 221	4 635	2,85%	89	0,62%	96	21,84%	82

Si on complète l'analyse des situations départementales au regard de l'ACS en ajoutant l'indicateur relatif au taux d'ACS départemental, on met en évidence deux situations distinctes :

Premier groupe : les départements mal « classés » au regard du ratio « ACS / CMU-C », mais qui sont bien positionnés sur la base du ratio « ACS / population ».

On constate pour ces derniers, que l'effet d'écrasement de l'ACS par la CMU-C évoqué pour les DOM peut agir également. Les départements concernés sont :

- la Seine-Saint-Denis (95ème, 6ème),
- le Nord (91ème, 11ème),
- les Bouches du Rhône (88ème, 12ème),
- le Pas de Calais (86ème, 9ème).

Pour ces départements à forte population, on relève une grande proximité de leurs résultats, ce qui interpelle. L'effet taille, notamment dans le contexte de la région parisienne ou du Nord Pas-de-Calais, pourrait peut-être expliquer ce constat.

Second groupe : les départements qui restent « mal placés » sur la base du ratio « ACS / CMU-C », mais également à partir du ratio « ACS/Population totale » :

- le Val de Marne (96ème et 82ème),
- le Val d'Oise (94ème, 69ème).

Leur situation à ce stade pose donc question.

#### **La situation spécifique des DOM**

Dans les DOM, la situation de l'ACS appréciée à partir du ratio « ACS / CMU-C » est très défavorable aux quatre départements.

### Rapport ACS/CMUC et taux d'ACS dans les DOM, 2012

N° Dpt	Nom Département	Population	CMU-C 2012	ACS 2012	Taux CMU-C 2012	Classement CMU-C 2012	Taux ACS 2012	Classement ACS 2012	ACS / CMU-C 2012	Classement ACS / CMU-C 2012
971	Guadeloupe	409 905	91 891	8 639	22,42%	4	2,11%	4	9,40%	99
972	Martinique	400 535	91 936	12 510	22,95%	3	3,12%	2	13,61%	98
973	Guyane	231 167	72 743	2 542	31,47%	2	1,10%	76	3,49%	100
974	La-Reunion	829 903	277 443	53 295	33,43%	1	6,42%	1	19,21%	93
<b>Moyenne France Entière</b>		66 078 560	4 002 379	935 067	<b>6,06%</b>		<b>1,42%</b>		<b>23,36%</b>	

Pourtant, si l'on analyse la situation à partir du ratio « ACS / population », le classement se trouve complètement inversé, excepté pour la Guyane.

Il est donc possible de réitérer l'hypothèse formulée en 2011 et 2012, à savoir un effet de l'écrasement de l'ACS par la CMU-C qui domine fortement. C'est en réalité logique, car on est en présence d'une population précaire où la CMU-C l'emporte largement (Cf. taux de CMU-C et classement 2012).

## 1.3.2. L'analyse des contrats ayant ouvert droit à l'ACS

### 1.3.2.1. Les principaux enseignements du dernier rapport prix contenus des contrats ACS

Selon l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) ».

Pour l'enquête 2012, 52 OC ont répondu, ils couvrent 66 % des bénéficiaires utilisateurs de l'aide au 30 novembre 2012 (309 692 contrats et 541 341 bénéficiaires). Les données ainsi recueillies permettent d'atteindre un très bon niveau de représentativité.

Un changement important est intervenu dans l'enquête 2012 puisque la classification des contrats de couverture de complémentaire santé qui était utilisée par la DREES depuis l'enquête 2008 a évolué afin de mieux prendre en compte l'évolution du marché de la complémentaire santé. On est ainsi passé d'une classification en 4 classes (de A à D) à une classification en 5 classes (de A à E en allant du contrat offrant la meilleure couverture au contrat proposant la moins bonne couverture).

*Synthèse des principales données*

	Enquête 2012	Enquête 2011	Évolution
<b>Nombre d'OC</b>	52	55	
<b>Nombre contrats</b>	309 692	246 944	
<b>Nombre personnes enquêtées</b>	514 341	407 861	
<b>Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête</b>	66%	66%	
<b>Nombre personnes par contrat</b>	1,66	1,65	
<b>Prix moyen par contrat (couvrant 1,66 personnes en 2012)</b>	884 €	841 €	5,1%
<b>Prix moyen d'un contrat ACS par personne couverte</b>	533 €	510 €	4,6%
<b>Montant déduction moyenne par contrat</b>	456 €	448 €	1,8%
<b>RAC (*) moyen par contrat</b>	428 €	393 €	8,9%
<b>Taux RAC (*) moyen</b>	46%	44%	
<b>Taux d'effort par foyer</b>	4,1%	3,9%	

Source : OC, Fonds CMU

En 2012, le prix moyen par contrat a augmenté de + 5,1 % alors que dans le même temps, le montant moyen de déduction ACS n'a évolué que de + 1,8 %. Ce constat conduit à un accroissement sensible de + 8,9 % du montant du RAC moyen par contrat. En moyenne, 54 % du prix du contrat est pris en charge par le dispositif ACS. Ce taux correspond pratiquement au taux de prise en charge des employeurs sur les contrats collectifs obligatoires.

Le taux d'effort des ménages pour acquérir une complémentaire santé représente 4,1 % de leur revenu annuel (3,9 % en 2011). Il est au-dessus de celui des cadres et des professions intellectuelles situé autour de 4 % en moyenne. Près d'un demi mois de revenu est nécessaire pour financer la complémentaire santé. Au-delà, des aides supplémentaires à l'ACS mises en place par une grande majorité des CPAM abaissent le montant du reste à charge des personnes concernées.

### *1.3.2.2. L'impact sur le prix des contrats du nombre de personnes couvertes et de l'âge*

Comme cela a déjà été démontré lors des précédentes enquêtes, le prix des contrats varie principalement en fonction de la taille de la famille, en second lieu selon l'âge des bénéficiaires.

Le prix augmente logiquement avec le nombre de bénéficiaires mais cette augmentation est de plus en plus faible à mesure que le nombre de personnes croît. Le taux d'effort diminue régulièrement avec la taille du foyer pour atteindre 1,8 % dans le cas des familles les plus nombreuses. On note là l'effet conjoint de la décélération du prix du contrat avec l'accroissement du nombre de bénéficiaires et de l'augmentation « linéaire » de l'ACS dans le même temps. L'ACS en ce sens favorise les familles avec enfants.

Le prix est croissant avec l'âge du souscripteur : l'augmentation croît légèrement mais constamment de la tranche des « 30-39 ans » à la tranche « 60-69 ans » (en moyenne, la hausse s'établit à 20 % par tranche de 10 années), puis décroît ensuite sensiblement.

Les plus âgés, à partir de 70 ans et au-delà, connaissent la situation la plus défavorable en termes de taux d'effort, compte tenu du niveau élevé de leurs primes. En ce sens, l'augmentation du montant de l'aide de 500 € à 550 € rejoint les préconisations du Fonds CMU.

Le modèle bâti afin de mesurer l'impact des différents facteurs sur le prix des contrats, s'avère explicatif, puisque l'ensemble des facteurs explique dans ce cadre près de 70 % de la variance du prix de vente.

*Importance relative de chaque facteur*

Facteurs explicatifs	Part de la variance expliquée pour le log du prix de vente (En %)
Nombre de bénéficiaires	36,2 (35,8)
Age	28,5 (26,8)
Niveau de garantie	2,2 (2,3)
Total expliqué	68,1 (64,9)
Résidus	31,9 (35,1)

Source : OC, Fonds CMU

*En italiques et parenthèses : résultats de l'étude 2011 à titre de comparaison*

**1.3.2.3. Le niveau de couverture des contrats ACS**

■ **Une amélioration de la situation des contrats ACS entre 2011 et 2012**

En ayant recours à l'ancienne classification, on a constaté une amélioration sensible de la situation entre 2011 et 2012.

*Répartition des bénéficiaires des contrats ACS par classe de garanties  
Années 2011 et 2012 (%)  
Comparaison à partir de la classification de 2006*

	Contrats ACS 2011	Contrats ACS 2012	Evolution (en points)
Classe A	0,7	1,3	0,6
Classe B	9	13	4
Classe C	43,6	50,3	6,7
Classe D	46,7	35,4	-11,3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Source : OC, Fonds CMU

Les bénéficiaires rattachés à des contrats de classe C représentent désormais la moitié de l'effectif ACS. Entre les deux exercices, on a assisté à un glissement des contrats de classe D (-11,3 points), vers les contrats de classe C (+ 6,7 points) mais également, ce qui est plus étonnant, vers les contrats de classe B (+ 4,0 points).

Plusieurs explications à ce constat sont possibles. Il faut surtout avoir à l'esprit qu'avec le relèvement du plafond de l'aide intervenu au 1<sup>er</sup> janvier 2012 (plafond CMU-C + 26 % à plafond CMU-C + 35 %), les effectifs ont évolué sensiblement : + 25 % entre fin novembre 2011 et fin novembre 2012 sur l'utilisation effective des attestations auprès d'un OC. On a logiquement pu assister à une modification du profil des personnes aidées. On peut supposer que les nouveaux bénéficiaires concernés par le relèvement du plafond, sont un peu mieux insérés socialement et en particulier au niveau de la couverture complémentaire santé, avec des niveaux de garanties un peu plus élevés que ceux situés en première partie de fourchette des revenus ; ils ont pu souhaiter conserver leur ancien contrat avec les mêmes garanties.

■ ***Des niveaux de garantie sensiblement moins élevés pour l'ACS que pour les contrats individuels***

De son côté, la DREES dans le cadre de son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits (contrats 2010), constate une montée en gamme continue des contrats, surtout s'agissant des contrats collectifs, ce constat étant moins visible sur l'individuel.

Si on compare, à partir de la nouvelle classification DREES, la situation des contrats ACS en 2012 par rapport à l'ensemble du marché individuel en 2010 (59,8 % du marché individuel en réalité dans le cadre des contrats remontés par la DREES dans son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits), les résultats obtenus de la comparaison demeure sans ambiguïté : en 2012 et sur la base de la nouvelle classification DREES des contrats de couverture complémentaire santé, les contrats ACS offrent globalement des niveaux de garantie moins élevés que les contrats individuels en général. La différence serait encore beaucoup plus nette s'ils étaient comparés à l'ensemble aux contrats collectifs.

*Répartition des bénéficiaires des contrats ACS par classes de garanties  
Contrat ACS (2012) et individuels (2010)*

	Contrats ACS 2012	Contrats individuels (DREES 2010)	Ecart (en points)
Classe A	0	2,7	-2,7
Classe B	3,9	10,7	-6,8
Classe C	13,1	34,0	-20,9
Classe D	36,2	34,6	1,6
Classe E	46,7	18,0	28,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Source : OC, Fonds CMU

Le résultat La différence porte essentiellement sur la classe E : + 28,7 points en plus pour les contrats ACS par rapport à l'ensemble des contrats individuels en 2010, et sur la classe C : - 20,9 points sur les contrats ACS. En revanche, la classe D est également représentée au sein des 2 groupes : plus d'un tiers des bénéficiaires dans les deux cas.

On rappellera que sur l'enquête 2011, et en s'appuyant donc sur l'ancienne classification DREES, la différence était particulièrement marquée sur la classe B (+ 32,1 points sur les contrats individuels DREES) et la classe D (+ 38,5 points pour les contrats ACS), les effectifs au sein de la classe C étant représentés de manière comparable au sein des 2 groupes.

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

On constate un impact du niveau de garantie sur le prix, même si ses effets sont sensiblement plus faibles que celui du nombre de personnes couvertes par le contrat ou l'âge. Au regard des effectifs insignifiants de la classe A pour les bénéficiaires de l'ACS, la référence « haute » pour effectuer des comparaisons est la classe B. On constate alors qu'entre cette dernière et la classe E, le prix des contrats augmente en moyenne de + 30 %, ce qui est logique en référence à l'évolution qui était de + 31 % dans l'enquête 2011 entre les contrats de classe D et les contrats de classe B (référence ancienne classification).

■ **Les restes à charge sur prestations des bénéficiaires de l'ACS**

Ce travail a été initié depuis les deux précédentes éditions du rapport, dans la mesure où la complémentaire santé peut, au-delà du reste à charge sur le prix du contrat, laisser à la charge des ménages des dépenses de santé non remboursées importantes, notamment au regard des dépassements pratiqués. Ces restes à charge pourraient notamment être à l'origine du faible recours au dispositif au regard des faibles niveaux de garantie des contrats souscrits dans le cadre de l'ACS.

*Synthèse : RAC moyen par consommant – Enquête annuelle ACS 2012*

	RAC moyen
<b>Consultations de spécialistes</b>	10,00 €
<b>Prothèses dentaires céramo métallique (SPR 50)</b>	384 €
<b>Paire de lunettes (détail) :</b>	
verres simples	65 €
verres complexes	170 €
montures	60 €
<b>Paires de lunettes (forfaits) *</b>	Entre 100 et 150 €

*RAC moyen : écart « autres contrats individuels »/contrats ACS*

Prestations	Ecart
<b>Consultations de spécialistes</b>	80%
<b>Prothèses dentaires céramo métallique (SPR 50)</b>	5%
<b>Paire de lunettes (détail) :</b>	
verres simples	-6%
verres complexes	20%
montures	23%
<b>Paires de lunettes (forfaits)</b>	36%

*Source : OC, Fonds CMU*

Au regard des résultats obtenus, le RAC (reste à charge) sur prestations est moins élevé pour les bénéficiaires de l'ACS comparativement aux bénéficiaires des autres contrats individuels mais cela doit être nuancé selon les postes : ce constat apparaît sur les consultations de

spécialistes, et dans une moindre mesure sur l'optique. Il est par contre beaucoup moins évident sur les prothèses dentaires.

Il est possible que les bénéficiaires de l'ACS fréquentent davantage les professionnels de santé exerçant en secteur 1 ou les centres de santé qui pratiquent plus couramment des tarifs opposables, ce qui limite le RAC. Il se peut également que les bénéficiaires de l'ACS renoncent davantage à certains soins dont les restes à charge pourraient être jugés trop importants.

L'enquête 2013, dont le recensement débutera à la mi janvier 2014, prévoit des changements importants :

- La saisie par les organismes eux-mêmes des niveaux de remboursement de leurs principaux contrats ACS. Cette opération était auparavant effectuée par le Fonds CMU manuellement. Nous escomptons à travers ce changement améliorer la qualité de la saisie des données et étendre davantage la part des contrats ACS classifiés dans l'enquête, même si la très grande diversité des formules est un frein pour y parvenir.
- La prise en compte de l'opposabilité des tarifs de la part des médecins spécialistes en direction des bénéficiaires de l'ACS (avenant n° 8 de la nouvelle convention médicale) à deux niveaux :
  - Au niveau de la classification des contrats ACS dans la mesure où s'agissant des honoraires de médecins spécialistes (en ville ou à l'hôpital), l'application de l'opposabilité des tarifs conduit à une situation où un niveau de remboursement de 100 % est assimilable à un niveau de remboursement illimité. Les conséquences sur la classification des contrats utilisée dans l'enquête sont en cours d'approfondissement par les services du Fonds CMU et de la DREES, et des ajustements sont d'ores et déjà à prévoir.
  - Au niveau du contrôle de la bonne application de cette mesure par les médecins spécialistes en ville. Ce contrôle sera opéré grâce à l'introduction de 2 nouveaux indicateurs dans l'enquête. Leur but sera de mesurer une éventuelle inflexion des dépassements entre 2012 et 2013 (date d'entrée en vigueur de l'avenant n° 8 de la nouvelle convention médicale).

Enfin, le dispositif de sélection des contrats ACS après mise en concurrence introduit par la dernière loi de financement de la sécurité sociale, nécessitera un suivi différent du prix et du contenu des contrats à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Piste de travail 5 : Revoir au niveau du Fonds CMU, et en lien avec la DREES, le dispositif de suivi du prix et du contenu des contrats ACS dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Piste de travail 6 : Mener des travaux sur l'effet de l'ACS en termes d'amélioration du niveau de couverture et d'accès aux soins.

### 1.3.3. Les causes du non-recours à l'ACS

Le problème central de l'ACS est celui du non recours par les publics potentiels (absence de demande) et non celui de l'utilisation des attestations une fois qu'elles sont délivrées.

Le taux d'utilisation demeure en effet à un niveau très élevé situé autour de 80 %, ce qui est remarquable pour une aide assimilable à un bon d'achat. Il est fort probable que la quasi généralisation des aides supplémentaires distribuées par les CPAM (caisses primaires

d'assurance maladie) contribuent à ce résultat en incitant davantage les personnes recevant une aide à la faire valoir auprès d'un OC.

Sur la base des derniers chiffres de la population cible de l'ACS mis à disposition par la DREES, le taux de non recours à l'ACS s'établit autour de 65 % en 2012, ce qui apparaît insuffisant au regard des actions continuellement entreprises pour dynamiser le dispositif : campagnes de communication des caisses d'assurance maladie en direction des publics et des partenaires, envoi de courriers ciblés aux populations potentiellement concernées parmi les bénéficiaires du minimum vieillesse et des prestations familiales etc.

### *1.3.3.1. Les causes identifiées du non recours à l'ACS*

**Le rapport sur « Le non recours à l'aide complémentaire santé : Les enseignements d'une enquête auprès d'une population éligible de la CPAM de Lille »** (Sophie Guthmuller et Jérôme Wittwer – Octobre 2013 – Enquête disponible sur [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)), rappelle que Philippe Warin<sup>45</sup> distingue trois explications du non recours à une aide (2010) :

- la non connaissance : l'individu ne recourt pas à une aide parce qu'il manque d'information ;
- la non demande : l'individu connaît la prestation mais ne recourt pas par choix (l'aide n'est pas assez avantageuse) ou par contraintes (découragement devant la complexité des démarches ou crainte de stigmatisation) ;
- la non perception : l'individu fait la demande mais ne perçoit pas l'aide.

À l'inverse, le rapport fait référence à « *des facteurs déclencheurs* » qui peuvent conduire l'individu à se décider à entamer des démarches :

*« Une baisse soudaine du revenu ou une dégradation de l'état de santé, sont des exemples de facteurs déclencheurs qui peuvent influencer sur le recours (van Oorschot 1991 et 1998). Ces déclencheurs peuvent être particulièrement pertinents pour expliquer le non recours à un programme d'assurance santé comme l'ACS, car les coûts liés à la demande de l'ACS (s'informer sur le dispositif et sur les conditions d'éligibilité, compléter et retourner le formulaire de demande, rassembler les justificatifs nécessaires ...) sont immédiats, alors que le bénéfice de la prise en charge des soins par la couverture complémentaire peut se présenter seulement dans le futur, c'est-à-dire quand un choc de santé survient et que des soins sont nécessaires (Remler et al 2001; Currie 2006) ».*

Concrètement, plusieurs hypothèses sont couramment avancées pour expliquer le niveau élevé du non recours à l'ACS :

- la méconnaissance du dispositif et a fortiori, de ce que recouvre le dispositif, en l'absence d'une information suffisamment accessible, compréhensible et personnalisée ;
- les difficultés pour faire valoir ses droits du fait de la complexité des démarches administratives (demander puis compléter un dossier, chercher un contrat etc.) ;

---

<sup>45</sup> Philippe WARIN est responsable scientifique de l'ODENORE (observatoire des non recours aux droits et services).

- le reste à charge potentiellement élevé sur le prix du contrat à acquérir mais également, une fois la démarche accomplie, sur les prestations, ce qui peut décourager les bénéficiaires potentiels ou constituer un frein au moment du renouvellement des droits ;
- les attitudes de repli ou la crainte d'une stigmatisation.

### *1.3.3.2. Les enseignements des études sur le non recours à l'ACS*

Plusieurs études fondent notre connaissance sur les raisons expliquant le non recours à l'ACS.

**L'étude « Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille – Questions d'économie de la santé n° 162- février 2011- IRDES, LEDa-LEGOS, Université Paris Dauphine »,** visait à tester 2 hypothèses pour expliquer le faible recours à l'ACS à travers la mesure des effets d'une modification du dispositif :

- Le défaut d'information sur l'existence du dispositif, son fonctionnement et les démarches à entreprendre pour en bénéficier ;
- L'insuffisance du montant de l'aide par rapport au prix d'une complémentaire santé.

Dans un premier temps, la méthode retenue a consisté à identifier des ménages éligibles à l'ACS (ou susceptibles de l'être) sur la base d'une requête informatique originellement conçue par l'observatoire des non recours aux droits et services de Grenoble (ODENORE) (Revil 2008).

Une population de 4 209 assurés sociaux de la CPAM de Lille potentiellement éligibles et n'ayant pas fait valoir leur droit a ainsi été sélectionnée et invitée à déposer par courrier leur demande d'ACS.

Sur les 4 209 assurés cibles, 701 dossiers complets ont été réceptionnés et ont fait l'objet d'une suite, soit un taux de retour globalement modeste de 17 %. Le résultat est comparable à celui constaté dans le cadre de l'opération CAF / CPAM conduite en 2008 (cf. rapport d'évaluation de la Loi CMU n° 4 – juillet 2009 – page 39 – Taux de retour national estimé autour de 15 %).

Nous retenons 4 enseignements de cette expérience :

- La difficulté de faire passer des messages par écrit : le faible taux de retour en est l'illustration. Parmi les personnes ciblées par le courrier, certaines avaient été conviées à une réunion d'information. De manière inattendue, la réunion a plutôt inhibé les personnes n'y ayant pas participé. L'hypothèse est que les personnes ont pensé que la présence à la réunion était obligatoire pour l'attribution du droit et, ne pouvant s'y rendre, ils n'ont pas jugé bon de retourner un dossier. Cela illustre une nouvelle fois la difficulté de communiquer par écrit sur ces questions. La complexité du dispositif de l'ACS demande une information directe, en face à face. Ceci légitime certainement de recourir à des institutions tierces (associations, mutuelles, assistantes sociales) pour diffuser l'information.

Toutefois, et c'est logique, la réunion semble avoir joué positivement sur la demande d'ACS des personnes y ayant effectivement participé : le taux de retour de dossiers complets de demande d'ACS est de 10 à 12 points de pourcentage plus élevé à ce qu'il serait sans réunion.

- Un ciblage difficile des bénéficiaires potentiels : seuls 55 % des dossiers retournés complets ont donné droit à l'ACS. Le taux de refus ressort très important pour une population pourtant pré sélectionnée par la CAF, ce qui démontre la difficulté de l'exercice. Le coût des démarches à entreprendre serait sensiblement renforcé par la faible probabilité de succès.
- La hausse de l'aide proposée<sup>46</sup> n'aurait qu'une influence très modeste sur les demandes : l'hypothèse a été testée sur une partie de la population enquêtée qui n'a pas répondu différemment des autres personnes contactées. Là encore, la difficulté avec la communication écrite a pu influencer le résultat. L'étude souligne cependant qu'il est cependant probable que cette majoration aurait des répercussions à plus long terme « *en complémentarité avec la lente diffusion de l'information* ».
- Enfin, on retiendra que les bénéficiaires d'une complémentaire santé ne répondent pas de manière significativement différente aux non bénéficiaires, alors que l'aide constitue pour eux un « effet d'aubaine ». Cela laisse à penser que la question centrale du non recours n'est pas celle du coût de la complémentaire santé mais plus certainement celle de l'accès et de la compréhension de l'information, l'incertitude pesant sur l'éligibilité étant un facteur aggravant.

**L'étude « Une action d'information pour accéder à la CMU-C ou à l'ACS - Odenore-CPAM des Alpes de Haute Provence - Mars 2011 »** a été menée conjointement par la CPAM des Alpes de Haute-Provence et l'ODENORE<sup>47</sup> dans le but d'examiner et de tester les possibilités de réduire, à l'échelle du département, les phénomènes de non recours observés sur la CMU-C ou l'ACS (aide légale et extra légale).

Cette étude a été conduite en deux phases :

- transmission d'un courrier d'information sur les deux dispositifs à des personnes estimées potentiellement éligibles compte tenu de leur statut de bénéficiaires de minima sociaux, mesure de son impact et exploitation des données obtenues ;
- envoi de questionnaires à ces personnes une année plus tard afin de mieux cerner leur situation vis-à-vis de la complémentaire santé.

L'enquête a porté sur 3 915 assurés allocataires en 2009 de l'Allocation adulte handicapé, de l'Allocation logement social ou de l'Allocation parent isolé (RSA socle majoré). Le courrier d'information et de sensibilisation a été transmis par la CPAM durant l'été 2009.

986 assurés sociaux ont répondu à ce courrier, soit 25 % de répondants, ce qui constitue une amélioration sensible en référence aux expériences passées, et, pour les personnes concernées, une aide obtenue dans 70 % des cas :

- 36 % ont obtenu l'ACS légale,
- 23 % ont obtenu une aide ACS locale,
- 10 % ont bénéficié de la CMU-C,

---

<sup>46</sup> 100 à 175 euros pour les moins de 25 ans, 200 à 350 euros entre 25 et 59 ans, 400 à 650 euros pour les 60 ans et plus.

<sup>47</sup> ODENORE : Observatoire des non recours aux droits et services.

- 31 % ont déclaré des ressources trop élevées et n'ont pu bénéficier d'aucune de ces trois prestations.

Au regard de cette expérience, l'étude conclut qu'« *il apparaît donc pertinent de procéder à un ciblage de l'information concernant la CMU-C et l'ACS sur la population allocataire de minima sociaux* ».

Par la suite, un questionnaire permettant de cibler davantage le profil des personnes interrogées a été envoyé fin 2010 à tous les destinataires du courrier initial. Les questions portaient sur la complémentaire santé, la connaissance de la CMU-C et de l'ACS, le suivi médical et le recours aux soins des personnes en fonction du bénéfice ou non d'une complémentaire. Le taux de retour a été de 23 %. Très majoritairement, les répondants ont estimé qu'il faudrait plus d'information sur ce type de dispositifs (86 % des répondants ayant reçu une attestation ACS, 80 % des personnes ayant obtenu la CMU-C).

Parmi les répondants au questionnaire ayant obtenu une attestation ACS, 59,5 % ont indiqué qu'ils ne connaissaient pas l'ACS avant le courrier de la CPAM. 75,2 % ont effectivement utilisé leur attestation dont 44,9 % pour acquérir une complémentaire (environ 55,1 % en avaient déjà une).

La CMU-C est en revanche mieux connue puisque 80 % des répondants aux questionnaires disent qu'ils connaissaient ce droit avant de recevoir le courrier de la CPAM. Cette meilleure connaissance du dispositif a certainement permis d'augmenter le taux de retour du courrier d'information (25 %) par rapport aux expériences précédentes menées uniquement sur l'ACS.

S'agissant des non répondants au courrier (et qui ont répondu au questionnaire), 46,4 % n'ont pas prêté attention au courrier, 15,8 % disent ne pas l'avoir compris, 29,5 % pensaient que leurs ressources étaient trop élevées pour être éligibles,

Une partie des répondants au questionnaire déclare une absence de complémentaire santé : 13 % parmi ceux ayant répondu au courrier initial, 22 % parmi les autres. 4 personnes sur 5 expliquent cette absence par le manque de moyens financiers qui est démontré par les chiffres puisque, pour 42 % d'entre eux, le reste à vivre est inférieur à 100 €, après paiement des charges fixes.

Seulement 16 % des répondants au questionnaire ont redemandé la CMU-C ou l'ACS suite à un premier refus de la caisse. Les assurés pensent souvent qu'un refus mentionné à un moment donné est définitif alors qu'entre temps, leur situation financière a pu évoluer.

Les résultats obtenus montrent que l'action d'information entreprise par la caisse a été utile. Toutefois, le courrier et l'accueil même, s'ils sont perçus comme nécessaires, ne sont pas suffisants pour atteindre la partie « *la plus vulnérable au non-recours de la population* ». La démarche par courrier ne serait pas suffisamment persuasive et explicite. D'autres formes d'échanges (par téléphone ou par proposition de rencontre) mériteraient d'être testées.

Dans ce contexte, les travailleurs sociaux demeurent un vecteur d'information important concernant l'ACS et la CMU-C. Les relations familiales et amicales constituent également un moyen de transmission des informations sur les dispositifs CMU-C et ACS. Ces remarques confirment l'impérative nécessité de développement de « relais informationnels ».

**L'enquête « Le non recours à l'aide complémentaire santé : les enseignements d'une enquête auprès d'une population éligible de la CPAM de Lille »** (Sophie Guthmuller et Jérôme Wittwert – Octobre 2013).

Dans cette enquête, il est ressorti que sur 1 038 personnes enquêtées (individus potentiellement concernés par l'aide du fait du niveau de leurs ressources – mais qui n'avaient pas fait de démarche) : 63,9 % des personnes étaient couvertes dans le cadre d'un contrat individuel, 23,1 % par un contrat collectif, et 12,2 % n'étaient pas couvertes par un contrat.

Ce résultat est riche d'enseignements dans la mesure où la grande majorité des personnes renoncent à une aide qui représente pourtant un effet d'aubaine pour eux (ils disposent déjà d'une couverture complémentaire éligible). Face à ce constat, seuls le manque de connaissance du dispositif, dans une moindre mesure sa mauvaise compréhension, peuvent expliquer cette situation. Le rapport souligne à juste titre l'importance du relai des OC pour promouvoir l'ACS.

L'analyse du motif du non recours est fortement influencée par le constat précédent puisque seules 5,6 % des personnes évoquent comme motif de renoncement le coût élevé de la complémentaire santé. En effet, 87,0 % des personnes concernées sont déjà couvertes par un contrat santé. 39,9 % des personnes ne connaissent pas l'ACS (manque d'information), 18,1 % jugent que c'est trop compliqué (incompréhension du dispositif / difficultés). Ce qui est plus surprenant, c'est que 40,1 %<sup>48</sup> pensaient ne pas y avoir droit. Sur ce dernier point, le coût des démarches (en temps et difficultés) doit en être la cause.

S'agissant des 12,2 % des personnes non couvertes par un contrat :

- 65 % déclarent ne pas l'être car ils n'en ont pas les moyens
- 16 % parce qu'ils sont déjà pris en charge à 100 %
- 14 % parce que ce n'est pas rentable

Les motifs de non couverture par une complémentaire santé sont très comparables à ceux identifiés par ailleurs dans les études précédentes (*Arnould et Vidal, 2008 ; Kambia-Chopin et al. 2008*). L'aspect financier ressort ici comme très dominant.

Pour sa part, la CNAMTS a initié un calcul du taux de réponse au courrier de promotion CAF/CPAM auprès d'une caisse (résultat local qui ne saurait être extrapolé) : le taux de réponse est ressorti à 26 % (pourcentage des personnes ayant reçu un courrier entre janvier et mai 2013 et ayant retourné un dossier au 15 octobre 2013).

Elle a ensuite essayé d'identifier les motifs de non réponse sur la base d'une enquête téléphonique auprès d'un échantillon des non répondants : 49 % indiquent ne pas avoir compris le courrier, 20 % pensaient avoir des ressources trop importantes et 14 % une couverture de complémentaire santé via leur entreprise.

---

<sup>48</sup> Les pourcentages ne sont pas cumulatifs.

## **Encadré 11 : Le non recours à l'Aide Complémentaire Santé : les enseignements d'une enquête auprès d'une population éligible de la CPAM de Lille**

*(Sophie Guthmuller, Florence Jusot, Thomas Renaud et Jérôme Wittwer, Université Paris-Dauphine)*

L'enquête exploitée dans le rapport a été conduite par téléphone de septembre à décembre 2009 auprès d'un échantillon d'assurés sociaux de la CPAM de Lille-Douai identifiés comme potentiellement éligibles et non recourant à l'ACS dans le cadre de la campagne nationale d'information sur le dispositif ACS lancée en 2008. Les assurés ont été identifiés sur la base de leur déclaration de ressources 2007 donnant droit aux prestations délivrées par la CAF de Lille.

1 449 interviews ont pu être menées. In fine, 1 038 ménages ont été retenus du fait du niveau de leurs ressources. L'échantillon ainsi constitué ne peut être considéré comme représentatif de la population éligible française pour trois raisons : La population éligible de Lille n'est pas représentative de la population éligible en France. Le taux de réponse à l'enquête est de 45 % soit conforme aux enquêtes par téléphone sur ces populations. L'identification par les fichiers de la CAF conduit à une sous-représentation des personnes âgées.

Depuis la réalisation de l'enquête en 2009, les conditions d'attribution du dispositif ACS ont évolué et divers moyens de communication visant à promouvoir le dispositif ont été employés sur le territoire. Les enseignements de cette enquête n'en restent pas moins pertinents aujourd'hui.

En effet, même si la population éligible au dispositif ACS s'est élargie, les motifs de non recours invoqués restent valides et le questionnaire de l'enquête permet notamment d'étudier de manière précise les difficultés socio-économiques et d'accès aux droits, l'état de santé et le recours aux soins de cette population.

Notons cependant que l'échantillon est unique par sa taille et son mode de sélection sur fichiers administratifs ; il rassemble des données administratives de la CAF et de la CPAM (consommation de soins) et des données d'enquête.

### **Une population majoritairement active occupée mais en situation de précarité**

L'âge moyen des individus de l'échantillon est de 45 ans. La majorité des personnes interrogées dans l'enquête sont actives occupées (53,8 % contre 59,6 % dans ESPS 2008). Cependant, cette population se révèle plus souvent en situation de précarité que la population générale.

Parmi les personnes salariées, 33,4 % sont à temps partiel (contre 16,9 % de la population en emploi selon l'enquête emploi de l'INSEE en 2008), 26,0 % ont un contrat précaire (CDD, intérim, saisonnier, contrat aidé – contre 11,7 % de la population salariée en 2008 / enquête emploi 2008).

Les chômeurs représentent 11,7 % de l'échantillon (5,7 % dans ESPS<sup>49</sup> 2008), les inactifs 19,9 % (4,5 % dans ESPS 2008), les retraités 14,6 % (30,1 % dans ESPS 2008).

Un peu plus d'un quart de la population enquêtée déclare rencontrer des difficultés de lecture ou d'écriture.

### **La population étudiée présente un état de santé un peu plus dégradé mais elle est en contact avec le système de soins**

41,6 % des individus de l'échantillon déclarent ne pas avoir un bon état de santé perçu (c'est le cas de 27,5 % dans la population âgée de 18 ans et plus interrogée dans ESPS 2008), 35,6 % déclarent avoir une maladie chronique (contre 27,1 % dans ESPS 2008), 32,9 % être fonctionnellement limités (contre 19,7 % dans ESPS

---

<sup>49</sup> ESPS est l'« Enquête sur la santé et la protection sociale », coordonnée par l'Institut de recherche et d'information en économie de la santé, (IRDES). Cette enquête biennale est représentative à environ 96 % de la population vivant en France métropolitaine.

2008), 47,7 % déclarent suivre un traitement régulier et 27,7 % bénéficient d'une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale en raison d'un problème de santé (contre 16,4 % dans ESPS 2008).

Pourtant, cette population entretient des contacts réguliers avec le système de soins. Par exemple, 96,2 % de l'échantillon a déclaré un médecin traitant à la sécurité sociale. Au cours des douze derniers mois, 88,5 % ont vu au moins une fois un généraliste, 51,2 % au moins une fois un spécialiste et 52,5 % un dentiste.

### **Une population très majoritairement couverte par une couverture de complémentaire santé**

86,0 % des individus sont couverts par une complémentaire santé dont 63,9 % par un contrat individuel éligible à l'ACS (contre 52 % de la population française en incluant les bénéficiaires de l'ACS ; *Arnould et Vidal, 2008*) et 23,1 % sont couvertes dans le cadre d'un contrat collectif (34 % en population générale ; *Arnould et Vidal, 2008*).

N'ayant pas recours à l'aide qui constitue pourtant pour eux un effet d'aubaine (individus couverts par un contrat individuel), laisse à penser que les questions d'information et de difficultés d'accès aux droits sont des causes premières du non recours.

Il faut dire que 66 % des personnes interrogées n'ont jamais entendu parler de l'ACS bien qu'elles aient été rendues destinataires du courrier d'information de la CPAM par le passé.

### **Les motifs du non recours à l'ACS avancés par les individus de l'échantillon**

Les trois motifs principalement évoqués par les enquêtés pour expliquer l'absence de démarche pour obtenir l'ACS sont (pourcentages non cumulatifs) :

- le fait de penser ne pas être éligible (40,1 %),
- le manque d'information (39,9 %),
- la complexité des démarches (18,1 %).

Le prix de la complémentaire santé est un motif faiblement invoqué par l'ensemble des répondants (5,6 %) mais c'est assez logique dans la mesure où une grande majorité des personnes possèdent déjà une mutuelle (pour 16,3 % parmi ceux ayant déjà une mutuelle).

Une partie non négligeable de la population couverte par un contrat collectif obligatoire non éligible à l'aide, une amplitude des revenus pour prétendre à l'aide très faible (à l'époque) dans le cadre d'un dispositif dont le coût des démarches est souvent mis en avant, peuvent expliquer l'importance du premier motif (penser ne pas être éligible).

**Piste de travail 7 : Relancer rapidement une étude sur le non recours à l'ACS. Sensibiliser davantage les OC sur leur rôle de relais d'informations en direction de leurs bénéficiaires sur l'ACS.**

## **1.3.4. Les dépenses ACS**

### **■ *Un coût global en constante progression***

Le coût global de l'ACS en 2012 s'est élevé à 195 millions d'euros (164 millions en 2011), ce qui correspond à la couverture de près de 710 000 personnes en moyenne et une augmentation annuelle de + 18 %.

Ce chiffre peut être comparé à celui du remboursement des dépenses de CMU-C pour les OC : 258 millions en 2012 pour 712 000 bénéficiaires en moyenne (251 millions en 2011).

Progressivement, la dépense de l'ACS se rapproche de celle des OC pour la gestion de la CMU-C.

### ■ *La dépense moyenne par bénéficiaire*

Le montant moyen trimestriel de la déduction est resté stable sur l'année à hauteur de 69 euros correspondant à un montant annuel de 276 euros.

Le chiffre de 276 euros peut être rapproché de celui du montant du forfait CMU-C pour 2012, soit 370 euros<sup>50</sup>. Toutefois, dans le cas de la CMU-C, le reste à charge sur prestations est censé être nul pour le bénéficiaire alors que cela n'est pas le cas pour un bénéficiaire de l'ACS qui est couvert par un contrat classique proposé sur le marché.

Ce dernier subit alors le reste à charge sur le prix de son contrat qui représente entre 40 % et 50 % environ de ce même prix d'après l'enquête conduite annuellement par le Fonds CMU sur l'ACS. Au-delà, le bénéficiaire subit un reste à charge sur prestations dont cette enquête démontre également chiffres à l'appui qu'il est loin d'être négligeable.

Le montant de 500 euros<sup>51</sup> attribué aux 60 ans et plus, dépasse largement le montant du forfait CMU-C mais ce dernier est on le sait est loin de couvrir en moyenne, le montant de la part complémentaire pour cette tranche de la population.

## 1.3.5. Les indicateurs ACS

Dans le souci d'améliorer la connaissance sur le dispositif de l'ACS, le Fonds CMU a mobilisé quelques organismes complémentaires dans la production d'indicateurs de suivi spécifiques.

Trois indicateurs ont été définis dans ce cadre : le délai d'utilisation des attestations ACS, la durée moyenne dans le dispositif ACS et le devenir des bénéficiaires à l'issue d'une année de droit ACS.

Deux OC ont à ce jour pu nous transmettre les données attendues - EOVI Mutuelle et la Mutuelle Intégrance – qui sont très riches d'enseignements.

Le Fonds CMU a souhaité que les travaux menés avec les deux mutuelles s'inscrivent dans le cadre d'une convention de partenariat. Celle-ci prévoit une remontée annuelle des différentes données.

### **1<sup>er</sup> indicateur : le délai d'utilisation des attestations ACS**

Le délai d'utilisation correspond au nombre de jours écoulés entre la date de délivrance de l'attestation ACS par la CPAM et la date d'ouverture effective du droit ACS par l'OC.

Chez EOVI Mutuelle, cette donnée ne peut être produite que manuellement à partir de l'extraction et de l'exploitation d'un échantillon aléatoire d'attestations ACS. En effet, le calcul du délai d'utilisation nécessite de disposer de la date de délivrance de l'attestation ACS par la

---

<sup>50</sup> Ce montant va s'accroître en 2013, tout en étant plafonné à 400 euros (article 22 de la LFSS 2012).

<sup>51</sup> Revalorisé à 550 euros au 1/01/2014 Art. 56 LFSS pour 2014.

CPAM qui n'est pas saisie dans son système d'information. Les calculs ont ainsi porté sur 1 200 attestations (foyers).

En revanche, cette information est bien saisie dans le système d'information de la Mutuelle Intégrance, ce qui nous permet de disposer d'un résultat sur un champ beaucoup plus large – une très grande part des utilisateurs d'attestations au 31 décembre 2012 – soit 21 975 sur 25 974 personnes.

Les résultats obtenus auprès des 2 OC ressortent parfaitement cohérents : le délai moyen d'utilisation des attestations ACS s'établit à 37 jours chez EOVI ainsi que chez Intégrance.

*Délai d'utilisation des attestations ACS*

Délai d'utilisation	Eovi Mutuelle	Mutuelle Intégrance
Moins d'1 mois	54,2%	45,5%
Entre 1 mois et moins de 2 mois	24,4%	29,0%
Entre 2 mois et moins de 3 mois	11,8%	16,7%
Entre 3 mois et moins de 4 mois	4,4%	4,5%
4 mois et plus	5,2%	4,4%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

<b>Délai moyen d'utilisation</b>	<b>37 jours</b>	<b>37 jours</b>
----------------------------------	-----------------	-----------------

Source : Eovi Mutuelle (1 200 foyers), Mutuelle Intégrance (21 975 bénéficiaires)

**2<sup>ème</sup> indicateur : la durée moyenne dans le dispositif ACS**

Le Fonds CMU ne disposait d'aucune donnée sur ce champ.

Les deux mutuelles ont pu effectuer leurs calculs sur la totalité de leur population ACS, soit 23 101 bénéficiaires pour EOVI Mutuelle et 25 974 bénéficiaires pour la Mutuelle Intégrance, ce qui constitue une référence très intéressante.

*Durée moyenne du droit ACS*

	1 an	2 ans	3 ans	4 ans et plus	Total général
<b>Eovi Mutuelle</b>	48,7%	21,8%	7,7%	21,8%	100,0%
<b>Mutuelle Intégrance</b>	35,5%	20,7%	15,8%	28,1%	100,0%

Source : Eovi Mutuelle (23 101 bénéficiaires), Mutuelle Intégrance (25 974 bénéficiaires)

Dans le cas d'EOVI, la durée moyenne dans le droit ressort à 2 ans (calcul approché), mais on constate que près de 50 % des bénéficiaires n'ont une ancienneté que d'une année dans le dispositif. Par ailleurs, 22 % des bénéficiaires ont une ancienneté de leur droit ACS de 4 années [et plus] (droit attribué sans interruption sur cette période).

La durée moyenne dans le droit ressort plus importante pour la Mutuelle Intégrance (2,4 ans selon un calcul approché). La population couverte par la mutuelle est toutefois très majoritairement un public handicapé. La stabilité des ressources et un accompagnement plus marqué peuvent expliquer ce constat.

### 3<sup>ème</sup> indicateur : le devenir des bénéficiaires à l'issue de l'année de droit ACS

Sur ce champ également, les calculs ont été effectués sur la totalité de la population ACS des deux organismes.

Les résultats sur cet indicateur confortent ceux obtenus par le Fonds CMU dans le cadre d'enquêtes spécifiques conduites pour la réalisation des rapports d'évaluation 2009 et 2011.

*Le devenir des bénéficiaires de l'ACS à l'issue de l'année de droit*

	ACS dans le même OC	Sans ACS dans l'OC	CMUC dans l'OC	Sortis de l'OC	Total
<b>EOVI Mutuelle</b>	49%	37%	7%	7%	100%
<b>Mutuelle Intégrance</b>	52%	35%	0%	13%	100%
<b>Enquête FMMF 2011 (1 mutuelle)</b>	44%	33%	13%	10%	100%
<b>Enquête FMMF 2008 (24 mutuelles)</b>	45%	34%	9%	12%	100%

Source : Eovi Mutuelle (23 101 bénéficiaires), Mutuelle Intégrance (25 974 bénéficiaires)

Dans les deux mutuelles, le taux de renouvellement ressort à 50 %. Ce qui doit être souligné, c'est que la très grande majorité des bénéficiaires demeurent ensuite dans l'OC : 93 % chez EOVI, 87 % au sein de la Mutuelle Intégrance (qui ne gère pas la CMU-C).

L'ACS n'est donc pas un dispositif où les bénéficiaires se démutualiseraient massivement à l'issue de leur droit.

Pour EOVI Mutuelle, le résultat de 37 % de personnes restant dans l'OC sans ACS, s'expliquerait par le fait que le contrat qui avait été proposé au départ aux bénéficiaires de l'ACS était le mieux adapté à leur situation : « *le plus juste produit possible* ». La « fidélisation » peut également être liée à l'âge moyen des bénéficiaires qui est plutôt élevé, mais surtout au rôle reconnu d'acteur social de la mutuelle dans certaines régions d'implantation.

S'agissant d'Intégrance, le profil du public couvert doit expliquer ce résultat.

Au niveau des régimes, le Fonds CMU souhaiterait rapidement disposer de nouveaux indicateurs. Le régime général, la CCMSA et le RSI fournissent des informations sur la délivrance des attestations ACS : nombre de foyers, nombre de bénéficiaires ainsi que leur répartition selon les tranches d'âges définies par l'ACS.

Le régime général nous fournit également des informations sur les refus (foyers) et les renouvellements (foyers et bénéficiaires). Il est indispensable de disposer à terme de la même information au niveau de la CCMSA et du RSI.

Au-delà, d'autres indicateurs non disponibles à ce jour sont attendus des 3 principaux régimes, à savoir, la répartition des bénéficiaires :

- par sexe et par tranches d'âges (de 10 années) ;
- selon l'existence ou non d'un médecin traitant ;
- selon leur qualité : assurés / ayant droits ;
- selon qu'ils disposent ou non d'une mutuelle ;
- selon leur code régime.

Piste de travail 8 : Étendre les indicateurs de suivi de l'ACS (le délai d'utilisation des attestations AC, la durée moyenne dans le dispositif ACS et le devenir des bénéficiaires à l'issue de l'année de droit ACS) à d'autres OC retenus dans le cadre de la mise en concurrence.

Piste de travail 9 : Améliorer la connaissance sur le dispositif ACS en créant d'autres indicateurs de suivi au niveau des trois grands régimes d'assurance maladie, notamment visant à mieux connaître l'état de santé des bénéficiaires de l'ACS.

#### **Encadré 12 : Le problème du non recours à l'ACS dans les départements d'outre-mer**

Dans le cadre de sa mission d'analyse et de suivi de l'application des dispositifs de la CMU et de l'ACS, le Fonds CMU a souhaité que soit examinée la question de l'accès aux soins et aux droits des populations précaires dans les départements d'Outre-mer, et plus particulièrement, la situation du non recours à l'ACS (aide pour une complémentaire santé). Nous ne disposons que de très peu d'informations concernant les difficultés d'accès à l'ACS sur ces territoires et les différentes initiatives mises en œuvre localement pour favoriser, d'une façon plus globale, l'accès à la complémentaire santé (aides supplémentaires, actions de communication, mise en place de relais locaux...).

En 2012, un travail de collaboration a été initié entre le Fonds CMU et la CGSS de la Martinique. En juin 2013, une convention d'étude a été signée. La première partie de l'étude consistera en un état des lieux statistique. Des travaux d'analyse seront menés par la CGSS pour approcher le chiffre de la population cible au niveau local et mettre en place une série d'indicateurs visant à mieux caractériser la population bénéficiaire de ce dispositif.

La deuxième partie de l'étude sera plus qualitative et cherchera non seulement à définir une typologie des causes du non recours à l'ACS mais également à expliquer le faible taux d'utilisation des attestations de droits. Il s'agira également de déterminer le profil des individus qui ont renoncé à l'aide.

Ce volet donnera lieu à la réalisation d'une enquête par entrevue auprès d'un échantillon de bénéficiaires potentiels et de bénéficiaires qui se sont vus délivrer une attestation de droits ACS (la CGSS de la Martinique venant de mettre en place un dispositif d'aide supplémentaire, il sera intéressant de mesurer l'impact de cette initiative sur la délivrance et l'utilisation des attestations de droits).

Le troisième volet consistera à proposer des pistes d'action pour améliorer le recours au dispositif au niveau local, notamment en termes de communication, afin de favoriser la promotion du dispositif, dans le contexte de la forte revalorisation des plafonds de ressources au 1<sup>er</sup> juillet 2013.

### **1.4. La CMU de base : une confirmation de la baisse des effectifs**

La CMU de base est attribuée aux personnes qui ne peuvent bénéficier à aucun autre titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

#### **1.4.1. L'évolution des effectifs**

Avec 2 180 511 bénéficiaires au 31 octobre 2013 (assurés et ayants-droit), les effectifs de la CMU de base ont diminué de - 2,9 % sur un an (- 2,4 % en métropole et -5,7 % dans les Dom) et de - 4,3 % depuis fin 2012 (-3,9 % en métropole et - 6,3 % dans les Dom). Cette baisse s'est

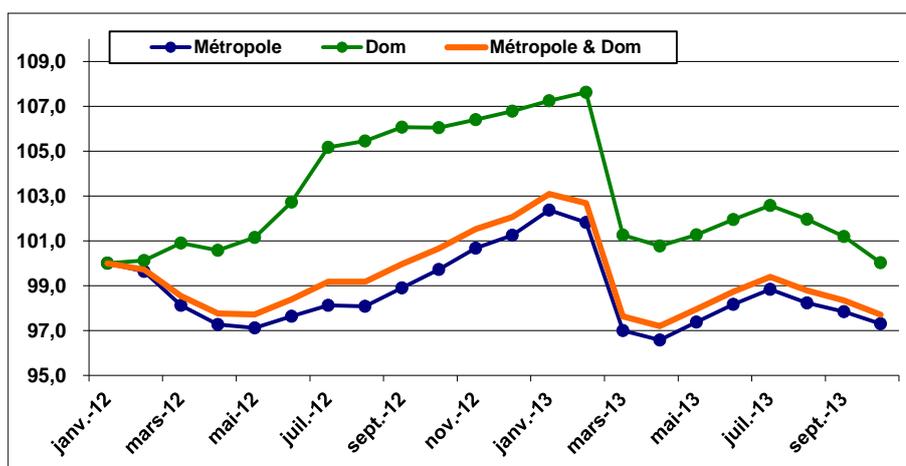
amorcée en février, dont une forte chute de – 4,9 % au mois de mars par rapport au mois précédent, avec une remontée pour les mois de mai à juillet, puis une reprise de la baisse depuis le mois d’août.

*Effectifs de la CMU-B d’octobre 2012 à octobre 2013, métropole et Dom*

Date	Métropole & Dom		Métropole		Dom	
2012 oct	2 246 581		1 894 302		352 279	
2012 nov	2 265 775	0,9%	1 912 321	1,0%	353 454	0,3%
2012 déc	2 277 976	0,5%	1 923 240	0,6%	354 736	0,4%
2013 janv	2 300 850	1,0%	1 944 578	1,1%	356 272	0,4%
2013 févr	2 291 635	-0,4%	1 934 112	-0,5%	357 523	0,4%
2013 mars	2 178 996	-4,9%	1 842 608	-4,7%	336 388	-5,9%
2013 avr	2 169 261	-0,4%	1 834 519	-0,4%	334 742	-0,5%
2013 mai	2 186 114	0,8%	1 849 718	0,8%	336 396	0,5%
2013 juin	2 203 457	0,8%	1 864 775	0,8%	338 682	0,7%
2013 juil	2 218 273	0,7%	1 877 520	0,7%	340 753	0,6%
2013 août	2 204 745	-0,6%	1 866 050	-0,6%	338 695	-0,6%
2013 sept	2 194 782	-0,5%	1 858 622	-0,4%	336 160	-0,7%
2013 oct	2 180 511	-0,7%	1 848 242	-0,6%	332 269	-1,2%

Source : CNAMTS

*Évolution des effectifs de la CMU-B, métropole, Dom, depuis janvier 2012, en base 100*



Source : CNAMTS

## 1.4.2. La répartition des bénéficiaires

### 1.4.2.1. L’approche par département

La part de bénéficiaires de la CMU-B par rapport à la population est de 3,0 % en métropole et de 19,0 % dans les Dom.

En métropole, les 20 premiers départements en termes d’effectifs pour la CMU-B rassemblent plus d’un million de personnes, soit 56,5 % des bénéficiaires. Plus d’un quart des effectifs de la CMU-B (27,4 %) se concentre sur les cinq premiers départements.

Pour l'ensemble des 20 premiers départements, la moyenne des bénéficiaires de la CMU-B par rapport à la population est de 3,8 %. Mais cette densité varie entre 2,1 % en Seine-et-Marne (77) et 6,2 % en Seine-Saint-Denis (93).

L'importance du nombre de bénéficiaires de la CMU-B n'est pas toujours associée à un ratio élevé vis-à-vis de la population. Dans le département du Rhône (69), qui est le sixième en termes d'effectifs, seulement 3,0 % de la population est concernée par la CMU-B.

*Effectifs de la CMU-B et rapport effectifs / population générale dans les 20 premiers départements, au 31 décembre 2012, métropole*

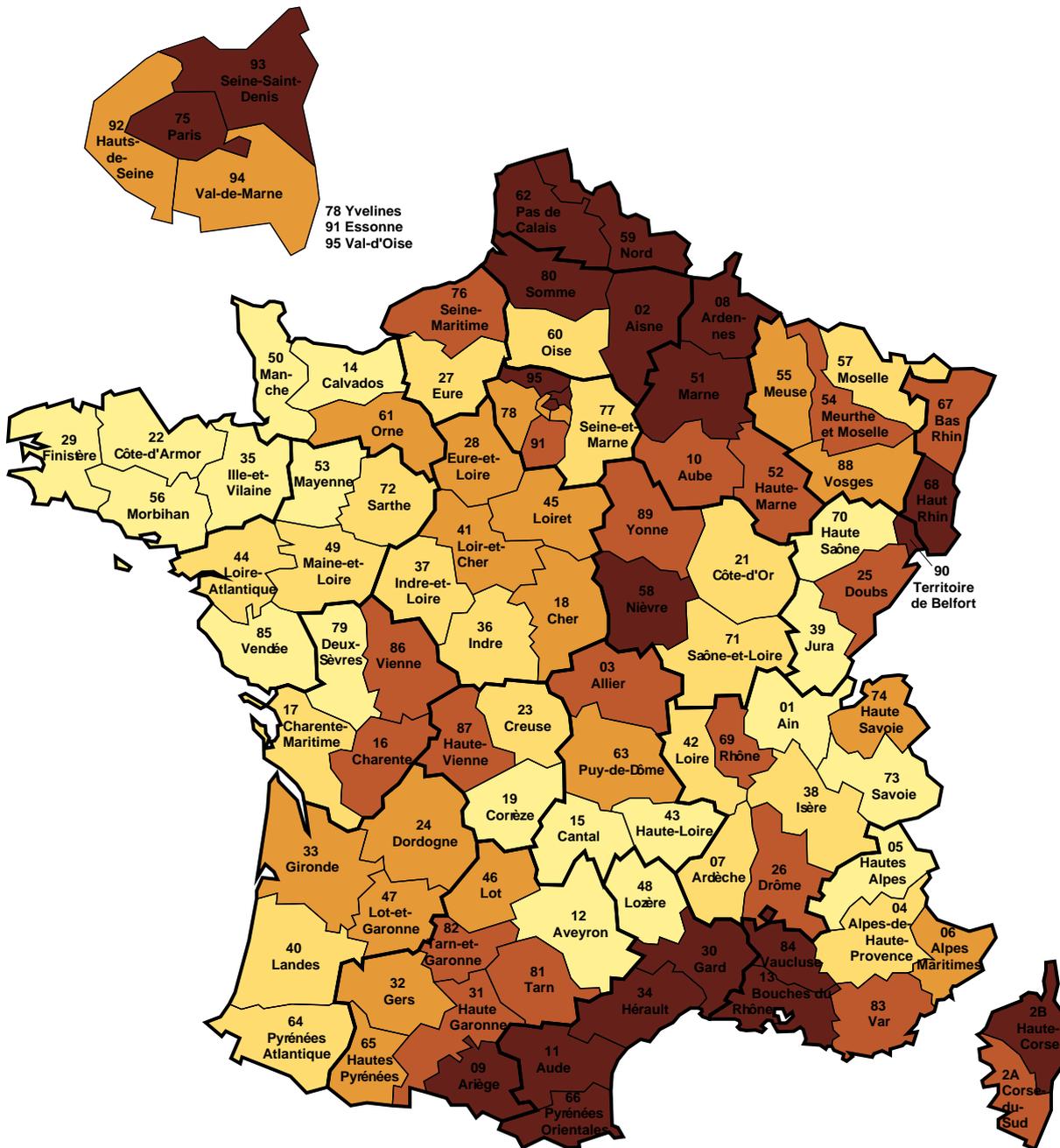
Rang CMU-B Population	Num Dpt	Département	CMU Base	Population	CMU Base Population
1	59	Nord	129 461	2 617 939	4,9%
2	13	Bouches-du-Rhône	120 481	2 000 550	6,0%
3	75	Paris	99 920	2 268 265	4,4%
4	93	Seine-Saint-Denis	95 271	1 534 895	6,2%
5	62	Pas-de-Calais	81 734	1 489 209	5,5%
6	69	Rhône	53 493	1 756 069	3,0%
7	95	Val-d'Oise	49 267	1 187 836	4,1%
8	34	Hérault	48 055	1 062 617	4,5%
9	92	Hauts-de-Seine	39 362	1 590 749	2,5%
10	76	Seine-Maritime	38 984	1 275 952	3,1%
11	91	Essonne	35 953	1 233 645	2,9%
12	31	Haute-Garonne	35 218	1 268 370	2,8%
13	78	Yvelines	34 613	1 435 448	2,4%
14	30	Gard	34 596	726 285	4,8%
15	94	Val-de-Marne	33 880	1 340 868	2,5%
16	67	Bas-Rhin	33 860	1 115 226	3,0%
17	33	Gironde	33 474	1 479 277	2,3%
18	83	Var	33 188	1 026 222	3,2%
19	77	Seine-et-Marne	28 706	1 347 008	2,1%
20	68	Haut-Rhin	27 858	765 634	3,6%
<b>Total 20</b>			<b>1 087 374</b>	<b>28 522 064</b>	<b>3,8%</b>
<b>Total métropole</b>			<b>1 923 240</b>	<b>64 207 050</b>	<b>3,0%</b>
<b>Pourcent 20 / Métropole</b>			<b>56,5%</b>	<b>44,4%</b>	

Sources : CNAMTS, INSEE

Au total, 30 départements ont un taux de bénéficiaires supérieur ou égal à 3,0 %, et ils représentent 55,9 % des bénéficiaires.

D'un point de vue géographique, les plus fortes densités de bénéficiaires de la CMU-B se concentrent essentiellement dans le Nord et le Sud ainsi que sur une partie de l'Île-de-France.

Densité des bénéficiaires de la CMU-B par rapport à la population, par département, en métropole, estimation au 31 décembre 2012



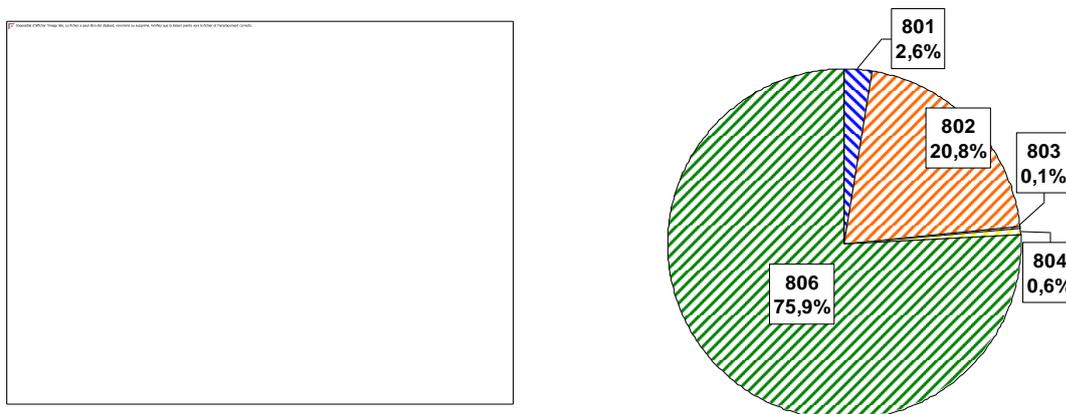
Couleur	Pourcentage population	Nombre	Effectifs
	>= 3,4% <= 6,2%	20	847 187
	>= 2,7% < 3,4%	19	379 505
	>= 2,2% < 2,7%	19	302 107
	>= 1,8% < 2,2%	19	264 060
	>= 1,1% < 1,8%	19	130 381
		<b>96</b>	<b>1 923 240</b>

Outil carte : Philcarto – Source : CNAMTS

### 1.4.2.2. L'approche par régime d'attribution

Le régime 806 permet l'affiliation à la CMU-B des allocataires du RSA socle qui ne peuvent s'ouvrir des droits à un autre titre. Il est le principal régime d'affiliation à la CMU-B (75,9 % en métropole). Le régime 802 est le deuxième régime de la CMU-B en nombre d'assurés. Sans cotisation et sur critère de résidence, il représente 20,8 % des effectifs. Les deux régimes avec cotisation (801 et 804) ne représentent respectivement que 2,6 % et 0,6 % des effectifs.

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-B, selon le régime de base, au 31 décembre 2012, en métropole*



Source : CNAMTS

Une forte évolution des effectifs de la CMU-B a été contemporaine de la mise en application, début 2009, du décret n° 2007-199 du 14 février 2007, dont l'article 9 a réduit la durée du maintien des droits à l'assurance maladie de 4 ans à 1 an.

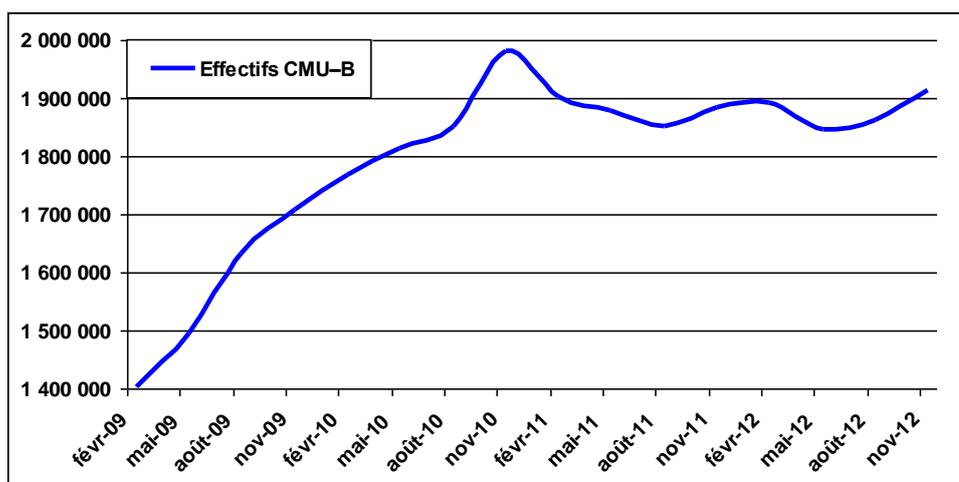
L'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-B est essentiellement portée par le régime 806.

La hausse, après septembre 2010, correspond à la période choisie par la CNAMTS pour le basculement dans le régime 806, des personnes bénéficiaires de l'allocation parent isolé relevant d'un régime spécifique jusqu'à l'entrée en vigueur du RSA, mais elle se situe dans des proportions moindres par rapport à la hausse portée par l'application de la nouvelle condition d'attribution des droits de base en 2009.

Par ailleurs, une fois la remise à jour des droits des bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 stabilisée en 2010, la progression de la proportion du régime 806 peut également signifier que le nombre de personnes durablement éloignées du travail augmente, puisque ces dernières ont épuisé les droits acquis au titre de leur situation antérieure.

Le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 étend la durée des droits aux prestations en nature, dès lors que les conditions d'ouverture sont remplies, à deux ans, auxquels s'ajoute un an de maintien de droits. Il prévoit que les assurés bénéficiant d'un maintien de leurs droits à la date de publication du décret, bénéficient d'une année supplémentaire de maintien de droits.

Graphique évolution des effectifs de la CMU-B de février 2009 à novembre 2012, en métropole



Source : CNAMTS

Effectifs des bénéficiaires de la CMU-B, par régime d'attribution, décembre 2009, 2010, 2011, 2012, en métropole

Mois/Régime	2009 déc	Part déc 2009	2010 déc	Part déc 2010	2011 déc	Part déc 2011	2012 déc	Part déc 2012
<b>803</b>	7 106	0,4%	3 796	0,2%	4 236	0,2%	2 257	0,1%
<b>804</b>	5 352	0,3%	9 154	0,5%	9 959	0,5%	11 749	0,6%
<b>801</b>	52 694	3,0%	50 137	2,6%	50 071	2,7%	49 478	2,6%
<b>802</b>	425 222	24,6%	408 826	21,6%	395 541	21,0%	400 598	20,8%
<b>806</b>	1 240 796	71,7%	1 423 641	75,1%	1 426 045	75,6%	1 459 157	75,9%
<b>833</b>	35	0,0%	3	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
	1 731 205	100,0%	1 895 557	100,0%	1 885 853	100,0%	1 923 240	100,0%

Source : CNAMTS

La structure des bénéficiaires entre assurés et ayants-droit a continué d'évoluer légèrement entre décembre 2011 et décembre 2012. La part des ayants-droit, pour les allocataires du RSA socle affiliés à la CMU-B est de 51,2 % fin décembre 2012, soit une hausse de + 0,3 point (+ 0,9 point entre décembre 2010 et décembre 2011). L'augmentation des effectifs de la CMU-B au titre du régime 806 concerne donc une grande part de familles, ce qui s'explique également par le basculement en septembre 2010 au régime 806, des bénéficiaires de l'ex allocation pour parent isolé (cf. ci-dessus).

*Répartition assurés / ayants-droit pour la CMU-B, par régime d'attribution,  
décembre 2011, décembre 2012, en métropole*

Mois/Régime	2011 déc			2012 déc			Évol Part Ayants Droits
	Assurés	Ayants_Droit	Part Ayants_Droit	Assurés	Ayants_Droit	Part Ayants_Droit	
801	30 638	19 433	38,8%	30 455	19 023	38,4%	-0,4%
802	298 697	96 844	24,5%	304 275	96 323	24,0%	-0,4%
803	2 214	2 022	47,7%	1 387	870	38,5%	-9,2%
804	5 344	4 615	46,3%	6 424	5 325	45,3%	-1,0%
806	700 513	725 532	50,9%	711 918	747 239	51,2%	0,3%
833	1	0	0,0%	1	0	0,0%	0,0%
	1 037 407	848 446	45,0%	1 054 460	868 780	45,2%	0,2%
	1 885 853			1 923 240			

Source : CNAMTS

### 1.4.3. Le recours à la CMU-C des assurés affiliés au régime 806

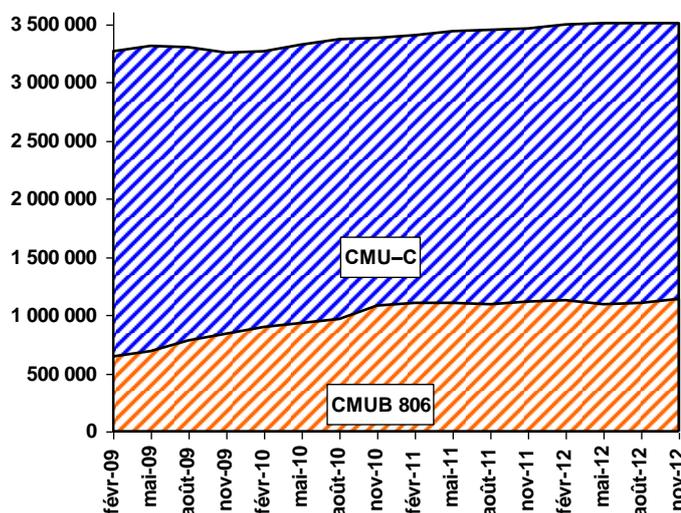
Les allocataires du RSA socle ont un accès de plein droit à la CMU-C sans nouvelle étude de leurs ressources. Ils doivent néanmoins en faire la demande. Des études sont en cours pour connaître le taux de recours à la CMU-C de ces allocataires.

Il est effectivement important de connaître les résultats de l'information développée auprès des publics potentiels, mais également de la mise en place de la pré-instruction des demandes de CMU-C auprès des CAF. En effet, la loi instituant le RSA a confié aux CAF une mission de pré-instruction des demandes de CMU-C. Ainsi, lors d'une demande de RSA socle, la CAF apporte son aide au demandeur dans la constitution de son dossier de CMU-C et transmet à la CPAM compétente les éléments nécessaires à l'ouverture des droits à la CMU-C. Cette pré-instruction ne concerne toutefois que les premières demandes de RSA socle et ne permet donc pas d'atteindre les anciens allocataires du RMI.

Depuis la fin 2010, par rapport au total des effectifs de la CMU-C, la proportion de bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 (allocataires du RSA socle) qui ont fait valoir leurs droits à la CMU-C a dépassé les 30 %, jusqu'à atteindre 32,6 % début 2011. Cette part, après avoir légèrement fléchi, a repris sa progression au deuxième semestre 2012 (32,4 % à l'échéance de novembre).

Évolution de la part de bénéficiaires de la CMU-C concomitamment à la CMU-B au titre du régime 806 et de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C, en métropole, de février 2009 à novembre 2012

Total CMUB avec CMUC	CMUB 806	CMU-C	Part_CMUB_806
2009 févr	645 857	3 271 027	19,7%
2009 mai	689 937	3 307 182	20,9%
2009 août	785 774	3 305 923	23,8%
2009 nov	842 107	3 252 564	25,9%
2010 févr	896 004	3 267 146	27,4%
2010 mai	930 914	3 327 383	28,0%
2010 août	965 664	3 364 789	28,7%
2010 nov	1 079 896	3 385 125	31,9%
2011 févr	1 108 575	3 399 419	32,6%
2011 mai	1 103 286	3 442 353	32,1%
2011 août	1 092 908	3 454 870	31,6%
2011 nov	1 112 498	3 456 930	32,2%
2012 févr	1 121 680	3 495 820	32,1%
2012 mai	1 094 100	3 506 286	31,2%
2012 août	1 106 660	3 511 994	31,5%
2012 nov	1 137 950	3 511 997	32,4%



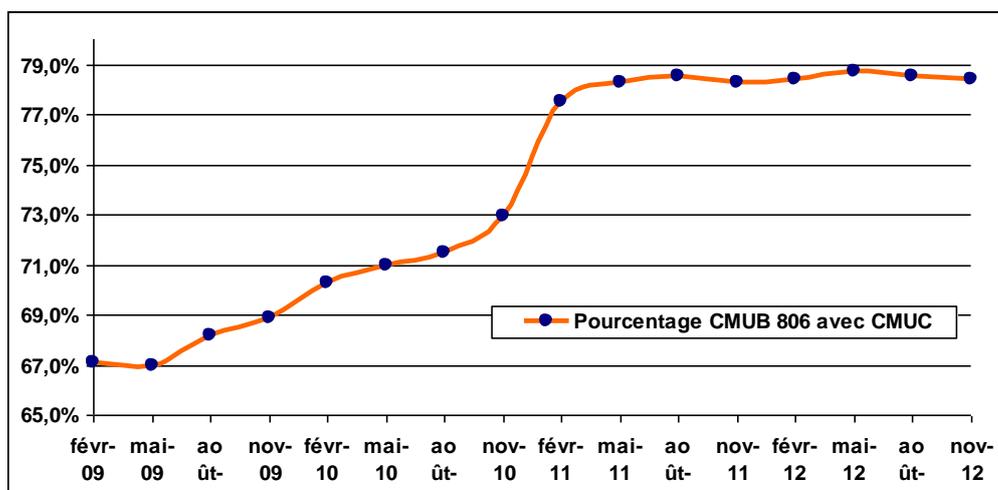
Source : CNAMTS

Parallèlement, le taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 se stabilise autour de 78,5 %. Pour rappel, des actions d'information avaient été développées par la CNAMTS en 2010 pour inciter les bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806 à faire valoir leurs droits à la CMU-C, ce qui avait permis d'augmenter le taux de recours de plus de 10 points.

Par ailleurs, une étude menée également par la CNAMTS en 2010 tendait à prouver que les bénéficiaires du régime de base sans CMU-C enregistrent de faibles consommations de soins. Au total, la part de la population relevant de la CMU-C au titre du RSA socle (et ex-RMI), mais ne disposant pas de CMU-C tout en consommant régulièrement, se situerait entre 3 et 4 %.

Évolution du taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806 de la CMU-B, de février 2009 à novembre 2012, en métropole

Mois	806	
	Sans CMUC	Avec CMUC
2009 févr	32,9%	67,1%
2009 mai	33,0%	67,0%
2009 août	31,8%	68,2%
2009 nov	31,1%	68,9%
2010 févr	29,7%	70,3%
2010 mai	29,0%	71,0%
2010 août	28,5%	71,5%
2010 nov	27,1%	72,9%
2011 févr	22,5%	77,5%
2011 mai	21,7%	78,3%
2011 août	21,5%	78,5%
2011 nov	21,7%	78,3%
2012 févr	21,6%	78,4%
2012 mai	21,3%	78,7%
2012 août	21,5%	78,5%
2012 nov	21,6%	78,4%



Source : CNAMTS

Au 31 décembre 2012, le taux de recours à la CMU-C pour les bénéficiaires de la CMU-B au régime 806 est de 78,3 % en métropole et de 77,8 % dans les Dom. En métropole, la répartition du taux de recours se répartit, selon les départements, entre 55,7 % en Haute-Corse (2B) et 91,0 % dans le Jura (39). L'Île-de-France concentre des taux de recours inférieurs au taux de recours de la métropole. Les taux de recours des deux premiers quintiles, se situant entre 81,6 % et 91,0 %, rassemblent 42,1 % des bénéficiaires de la CMU-B au titre du régime 806.

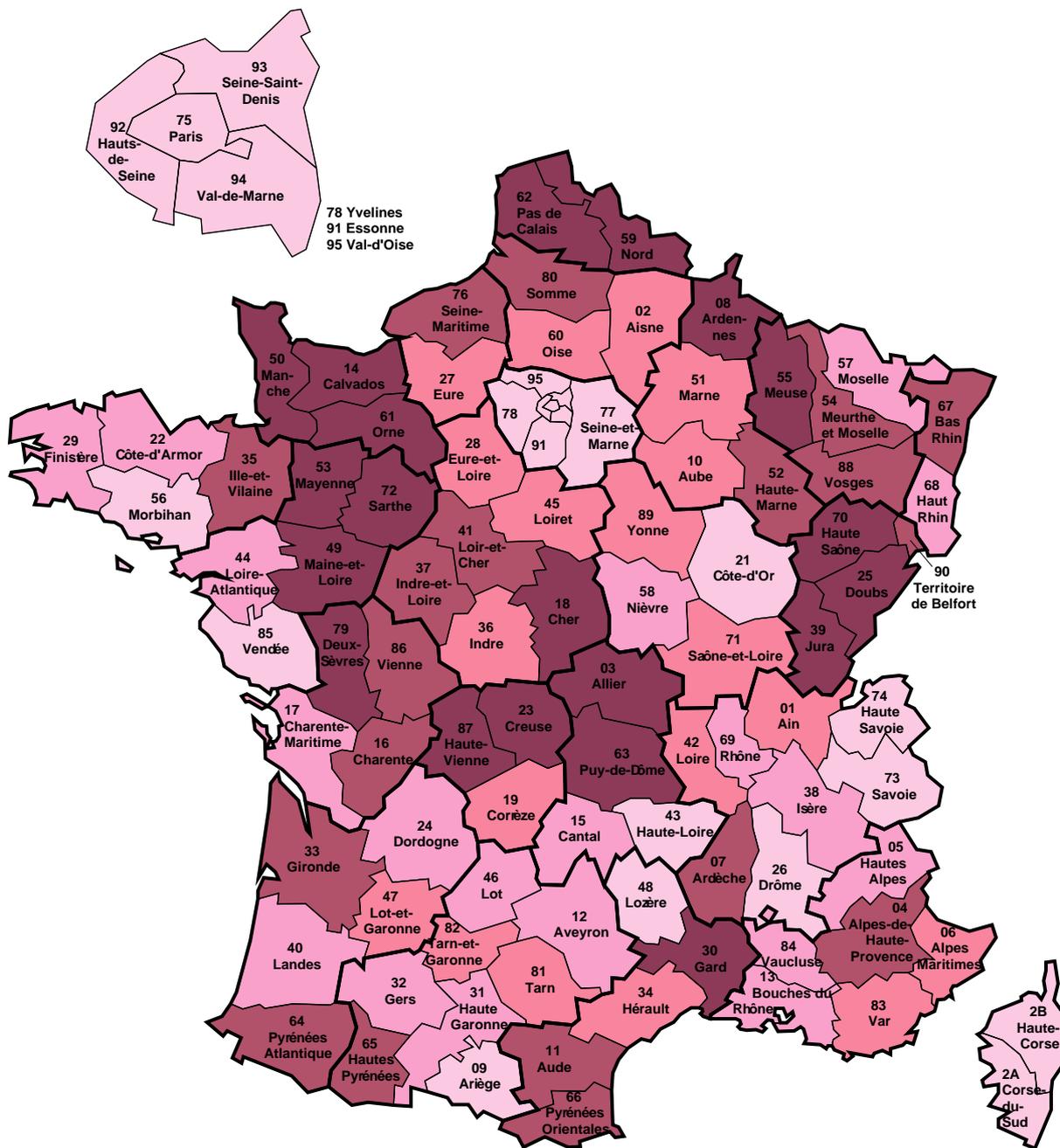
*Effectifs de la CMU-B au régime 806 dans les 10 premiers départements en termes d'effectifs,  
au 31 décembre 2012*

Rang	Num Dpt	Département	Nb CMU-B 806	Nb Sans CMU-C	Nb Avec CMU-C	Part Sans CMU-C	Part Avec CMU-C
1	59	Nord	111 254	18 880	92 374	17,0%	83,0%
2	13	Bouches-du-Rhône	97 141	21 772	75 369	22,4%	77,6%
3	62	Pas-de-Calais	73 380	12 016	61 364	16,4%	83,6%
4	93	Seine-Saint-Denis	68 435	18 676	49 759	27,3%	72,7%
5	75	Paris	61 822	21 954	39 868	35,5%	64,5%
6	34	Hérault	38 139	7 869	30 270	20,6%	79,4%
7	95	Val-d'Oise	33 758	9 636	24 122	28,5%	71,5%
8	69	Rhône	32 769	7 884	24 885	24,1%	75,9%
9	30	Gard	30 392	5 096	25 296	16,8%	83,2%
10	76	Seine-Maritime	30 051	5 265	24 786	17,5%	82,5%
<b>Total 10</b>			<b>577 141</b>	<b>129 048</b>	<b>448 093</b>	<b>22,4%</b>	<b>77,6%</b>
<b>Total métropole</b>			<b>1 459 157</b>	<b>315 953</b>	<b>1 143 204</b>		
<b>Pourcent 10 / Métropole</b>			<b>39,6%</b>	<b>40,8%</b>	<b>39,2%</b>		

Source : CNAMTS

Piste de travail 10 : Calculer un taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires du RSA au niveau départemental et national.

Répartition du taux de recours à la CMU-C pour les allocataires du RSA socle affiliés au régime 806 de la CMU-B, par département de la métropole, au 31 décembre 2012



Couleur	Pourcentage Recours CMU-C			Nombre	Pourcent Effectifs Recours CMUC
	>=	<	<=		
	>= 83,0%	< 91,0%	<= 91,0%	20	21,1%
	>= 81,6%	< 83,0%	< 83,0%	19	21,0%
	>= 79,3%	< 81,6%	< 81,6%	19	16,0%
	>= 75,5%	< 79,3%	< 79,3%	19	17,5%
	>= 55,7%	< 75,5%	< 75,5%	19	24,4%
				<b>96</b>	<b>100,0%</b>

Outil carte : Philcarto – Source : CNAMTS

#### 1.4.4. La répartition des bénéficiaires du régime 801

Le régime 801 concerne les personnes affiliées à la CMU de base et soumises au paiement d'une cotisation.

##### ■ *Le cas spécifique des travailleurs frontaliers*

Les travailleurs frontaliers exerçant en Suisse mais résidant en France ont un droit d'option concernant la prise en charge des prestations en nature de l'assurance maladie. Ils peuvent opter entre le régime de sécurité sociale français et le régime suisse.

Jusqu'au 31 mai 2014, les travailleurs frontaliers optant pour le régime français peuvent choisir soit de souscrire une assurance privée, soit d'être affiliés à la CMU de base.

À compter du 1<sup>er</sup> juin 2014, conformément à l'article L.380-3-1 du code de la sécurité sociale, cette option est supprimée. Les travailleurs frontaliers ayant opté pour le régime français devront obligatoirement être affiliés à la CMU de base. Ils pourront conserver leur assurance privée jusqu'à échéance de celle-ci, une montée en charge est donc attendue avec un pic au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Ces nouveaux affiliés, représenteraient environ 150 000 personnes d'après les estimations de la direction de la sécurité sociale, ils seront très majoritairement cotisants et principalement ressortissants des six départements frontaliers.

Un régime spécifique pour la CMU de base pourrait être créé pour distinguer ces nouveaux affiliés, mais à l'heure actuelle les personnes qui ont choisi le régime de sécurité sociale français sont à la CMU de base au régime 801.

##### ■ *La répartition des assurés du régime 801*

Le régime 801 représente moins de 3 % des bénéficiaires de la CMU de base pour l'ensemble du territoire, mais il est très différemment réparti selon les départements.

Au 30 juin 2013, les bénéficiaires de la CMU-B de base au régime 801 sont au nombre de 50 300 bénéficiaires en métropole et de 1 150 dans les Dom, soit 2,7 % des bénéficiaires de la CMU de base en métropole et 0,3 % dans les Dom.

Les deux premiers départements en termes de densité par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de la CMU de base sont la Haute-Savoie (37,9 %) et l'Ain (21,3 %), qui sont des départements frontaliers de la Suisse. Le Haut-Rhin, qui rassemble 8,3 % de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU de base au régime 801 de la métropole, avec plus de 4 000 bénéficiaires, est à cheval entre l'Allemagne et la Suisse, les travailleurs frontaliers y sont donc répartis entre les deux pays.

Quoiqu'il en soit, il conviendra de suivre l'ensemble des départements frontaliers de la Suisse, certains ayant pour le moment des effectifs de bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 801 très faibles, alors qu'ils sont directement pourvoyeurs de forts effectifs de main d'œuvre pour la Suisse, tels que le Jura, le Doubs ou le territoire de Belfort.

Rang	Num Dpt	Nom Dpt	Nb Bénéf 801	Pourcent 801 / CMUB	Pourcent Total 801 Métropole	Cumul
1	74	HAUTE-SAVOIE	6 856	37,9%	13,6%	13,6%
2	1	AIN	1 920	21,3%	3,8%	17,4%
3	23	CREUSE	2 625	18,1%	5,2%	22,6%
4	39	JURA	629	17,6%	1,2%	23,9%
5	68	HAUT-RHIN	4 167	14,9%	8,3%	32,2%
6	90	TERRITOIRE DE BELFORT	695	10,5%	1,4%	33,6%
7	71	SAONE-ET-LOIRE	921	8,6%	1,8%	35,4%
8	6	ALPES-MARITIMES	1 855	7,1%	3,7%	39,1%
9	32	GERS	250	5,6%	0,5%	39,6%
10	46	LOT	203	5,0%	0,4%	40,0%
11	7	ARDECHE	302	4,9%	0,6%	40,6%
12	83	VAR	1 490	4,8%	3,0%	43,5%
13	5	HAUTES-ALPES	79	4,7%	0,2%	43,7%
14	28	EURE-ET-LOIR	151	4,6%	0,3%	44,0%
15	75	PARIS	3 917	4,1%	7,8%	51,8%
16	92	HAUTS-DE-SEINE	1 499	4,1%	3,0%	54,7%
17	22	COTES-D'ARMOR	414	4,0%	0,8%	55,6%
18	64	PYRENEES-ATLANTIQUES	518	4,0%	1,0%	56,6%
19	73	SAVOIE	187	4,0%	0,4%	57,0%
20	70	HAUTE-SAONE	157	3,7%	0,3%	57,3%
21	85	VENDEE	270	3,6%	0,5%	57,8%
22	4	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	123	3,6%	0,2%	58,1%
23	40	LANDES	243	3,4%	0,5%	58,5%
24	17	CHARENTE-MARITIME	429	3,3%	0,9%	59,4%
25	56	MORBIHAN	374	3,2%	0,7%	60,1%
			<b>30 274</b>		<b>60,1%</b>	

### Encadré 13 : Focus sur les effectifs de la CMU de base dans les départements d'outre-mer

La forte proportion de bénéficiaires de la CMU-B par rapport à la population est, comme pour la CMU-C, la principale caractéristique de la CMU-B dans les Dom, elle y est de 19,0 % alors qu'elle est de 3,0 % en métropole.

Ainsi, les ressortissants des Dom rassemblent 15,6 % des bénéficiaires de la CMU-B.

*Effectifs pour la CMU-B par rapport à la population, métropole et Dom, au 31/12/2012*

31/12/2012	Métropole	Dom	Métropole et Dom
<b>Effectifs CMU-B</b>	1 923 240	354 736	2 277 976
<b>Population</b>	64 207 050	1 871 510	66 078 560
<b>Pourcentage CMU-C / Population</b>	3,0%	19,0%	3,4%
<b>Effectifs CMU-B</b>	84,4%	15,6%	100,0%
<b>Population</b>	97,2%	2,8%	100,0%

Source : CNAMTS

La Réunion est le département le plus important pour l'ensemble du territoire en termes d'effectifs pour la CMU-B (136 438 au 31/12/2012), mais c'est elle qui a le taux de bénéficiaires par rapport à la population le moins élevé des Dom (16,4 %). L'évolution des effectifs est assez faible en 2012 (+ 1,9 % par rapport à 2011) après avoir été plus dynamique entre 2010 et 2011, ce qui aboutit à une évolution de + 12,4 % sur deux ans, une des deux moins élevées des Dom.

La Guadeloupe (74 819 bénéficiaires) et la Martinique (83 271 bénéficiaires), ont des effectifs et des proportions de bénéficiaires par rapport à la population plus élevées (18,3% en Guadeloupe et 20,8 % en Martinique), avec une évolution plus marquée en Guadeloupe (+ 9,0 % en 2012 et + 19,2 % sur deux ans).

Avec 17,0 % des effectifs pour les Dom pour 12,4 % de la population, la Guyane compte 60 208 bénéficiaires fin 2012, avec la proportion par rapport à la population (26,0 %) la plus élevée. Ses effectifs sont également ceux qui progressent le plus : + 23,3 % entre 2011 et 2012 et + 41,2 % sur deux ans.

*Effectifs pour la CMU-B pour les 4 départements des Dom, au 31/12/2012, évolutions à un an et à deux ans, pourcentage par rapport à la population au 31/12/2012*

<b>31/12/2012</b>	<b>971 Guadeloupe</b>	<b>972 Martinique</b>	<b>973 Guyane</b>	<b>974 La- Réunion</b>	<b>Total</b>
<b>Effectifs</b>	74 819	83 271	60 208	136 438	354 736
<b>Répartition</b>	21,1%	23,5%	17,0%	38,5%	100,0%
<b>Population</b>	409 905	400 535	231 167	829 903	1 871 510
<b>Pourcentage CMU-C / Population</b>	18,3%	20,8%	26,0%	16,4%	19,0%

*Source : CNAMTS*

Piste de travail 11 : Réaliser une étude auprès d'un échantillon de caisses du régime général pour mieux caractériser la population bénéficiaire de la CMU de base.

Piste de travail 12 : Suivre, à partir de juin 2014 l'évolution des effectifs de la CMU de base au titre du régime 801 (ou du nouveau régime éventuellement créé) pour les travailleurs frontaliers qui avaient fait le choix d'être assurés en France avec une assurance privée.

## 2. L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX DROITS EST DEVENUE UNE PRIORITÉ DES POUVOIRS PUBLICS

### 2.1. Le relèvement des plafonds de ressources

#### 2.1.1. Le rapprochement avec le seuil de pauvreté

La crise économique de ces cinq dernières années a fortement touché les ménages et notamment les ménages les plus précaires.

Dans son précédent rapport d'évaluation, le Fonds CMU avait illustré le décrochage progressif du plafond CMU-C par rapport au seuil de pauvreté entre 2000 et 2009. Une des propositions du rapport était d'engager une réflexion sur ce point.

*Plafonds de la CMU-C en métropole et seuil de pauvreté en 2000, puis de 2008 à 2013*

		2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>CMU-C</b>	<b>Annuel</b>	6 403 €	7 447 €	7 521 €	7 611 €	7 771 €	7 934 €	8 593 €
	<b>Mensuel</b>	534 €	621 €	627 €	634 €	648 €	661 €	716 €
<b>Seuil de pauvreté en € courants à 60 % du revenu médian</b>	<b>Annuel</b>	8 736 €	11 388 €	11 448 €	11 484 €	11 724 €	11 724 €	11 724 €
	<b>Mensuel</b>	728 €	949 €	954 €	957 €	977 €	ND	ND
<b>Taux d'évolution du plafond CMU-C</b>			2,4%	1,0%	1,2%	2,1%	2,1%	8,3%
<b>Taux d'évolution du seuil de pauvreté 60%</b>			4,5%	0,5%	0,3%	2,1%	ND	ND
<b>Rapport Plafond CMU-C Seuil Pauvreté 60%</b>		73,3%	65,4%	65,7%	66,3%	66,3%	67,7%*	73,3%*

\* Par rapport au seuil de pauvreté 2011

*Tableau Plafonds de l'ACS en métropole et seuil de pauvreté de 2008 à 2013*

		2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>ACS</b>	<b>Annuel</b>	8 936 €	9 025 €	9 590 €	9 792 €	10 711 €	11 600 €
	<b>Mensuel</b>	745 €	752 €	799 €	816 €	893 €	967 €
<b>Seuil de pauvreté en € courants à 60 % du revenu médian</b>	<b>Annuel</b>	11 388 €	11 448 €	11 484 €	11 724 €	11 724 €	11 724 €
	<b>Mensuel</b>	949 €	954 €	957 €	977 €	ND	ND
<b>Taux d'évolution du plafond ACS</b>		2,4%	1,0%	6,3%	2,1%	9,4%	8,3%
<b>Taux d'évolution du seuil de pauvreté 60%</b>		4,5%	0,5%	0,3%	2,1%	ND	ND
<b>Rapport Plafond ACS Seuil Pauvreté 60%</b>		78,5%	78,8%	83,5%	83,5%*	91,4%*	98,9%*

\* Par rapport au seuil de pauvreté 2011

Partant de ce constat, plusieurs mesures ont tendu à améliorer l'accès aux dispositifs des plus précaires.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a revalorisé le plafond d'accès à l'ACS à + 26 % au-dessus du plafond d'attribution de la CMU-C. L'article 27 de cette même loi prévoyait une autre revalorisation à + 30 % du plafond de la CMU-C à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, cette revalorisation a finalement été portée à + 35 % du plafond d'attribution de la CMU-C par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

En application de la mesure annoncée dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, les plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS ont été relevés de 8,3 % à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013. Cette revalorisation porte à 8 593 € par an le plafond d'attribution de la CMU-C pour une personne seule en métropole, soit 716 €/mois et à 11 600 € pour l'ACS, soit 967 € par mois. Il a été estimé que 750 000 personnes supplémentaires devraient bénéficier de l'un ou l'autre de ces dispositifs (400 000 personnes pour la CMU-C et 350 000 personnes pour l'ACS). Le plein effet de la mesure est attendu pour fin 2014 pour la CMU-C et fin 2015 pour l'ACS.

Grâce à la mesure de revalorisation exceptionnelle du plafond CMU-C intervenue au 1<sup>er</sup> juillet 2013, le plafond de l'ACS se situe désormais quasiment au même niveau que le seuil de pauvreté (seuil de pauvreté<sup>52</sup> estimé par l'INSEE pour 2011 à 60 % du revenu médian, pour une personne en métropole) et le plafond de la CMU-C à 73,3 %, soit au même niveau qu'en 2000.

Aujourd'hui, au-delà d'un nouveau relèvement du niveau du plafond d'attribution des dispositifs qui pourrait à terme être à nouveau envisagé, il semble important de pouvoir prendre en compte certaines situations particulières.

En effet, le mode de prise en compte des ressources (ressources des douze derniers mois) pénalise les personnes dont la situation personnelle entraîne une diminution importante des ressources. Tandis que dans le cas d'un passage au RSA socle, les revenus perçus antérieurement ne sont pas pris en compte, il est des situations dans lesquelles la neutralisation des ressources n'intervient pas, c'est le cas des personnes basculant à l'allocation spécifique de solidarité ou lors du passage à la retraite. Il apparaît nécessaire de se pencher sur les solutions à adopter pour atténuer les effets de ces baisses importantes de revenus et leurs conséquences sur l'accès aux soins.

**Proposition 6 :** Mener une expertise coût/opportunité visant à mieux prendre en compte certaines situations particulières lors de l'étude des ressources (passage à l'ASS, passage à la retraite ...).

### 2.1.2. Le bilan de la revalorisation ACS au 1<sup>er</sup> janvier 2012

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, le plafond de revenu pour pouvoir bénéficier de l'ACS a été relevé de P + 26 % à P + 35 % en référence au plafond de la CMU-C.

<sup>52</sup> À partir de 2010, les estimations de revenus financiers mobilisent l'enquête Patrimoine 2010.

Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux 1970 à 1990, Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives 1996 à 2004, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2011.

Le Fonds a initié un suivi de la mesure auprès de quatre CPAM, qui ont fourni de précieux éléments quant à l'impact de la mesure. Il s'agit des CPAM du Finistère, de Rouen-Elbeuf-Dieppe (jusqu'à mai 2012), de Nanterre, de Bobigny.

Le suivi permettait de distinguer la répartition des effectifs (bénéficiaires entrants + renouvelés) selon les 3 tranches de revenus : P à P + 20 %, P + 20 % à P + 26 % (relèvement du plafond de l'ACS au 1<sup>er</sup> janvier 2011), P + 26 % à P + 35 % (relèvement du plafond de l'ACS au 1<sup>er</sup> janvier 2012).

### 2.1.2.1. Une évolution conforme aux attentes

Deux périodes doivent être différenciées : l'année 2012 et le premier trimestre 2013 (avant l'entrée en vigueur de la revalorisation des plafonds de la CMU-C et de l'ACS à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013).

Sur l'ensemble de l'année 2012 et au niveau des 4 caisses, 16,0 % des attributions de l'ACS (bénéficiaires entrants + renouvelés) sont dues au relèvement du plafond. Grâce à la mesure, les effectifs ont augmenté de + 19 %.

Sur le 1<sup>er</sup> semestre 2013, au niveau des 3 caisses pour lesquelles l'information a été remontée, le taux a augmenté pour atteindre 18,4 % (part dans les accords de la nouvelle mesure) et une augmentation de + 23 % a été enregistrée grâce à la mesure.

#### Suivi du relèvement du plafonds ACS au 1<sup>er</sup> janvier 2012

##### Année 2012

	Evol Effectifs ACS liée au passage P+20% à P+26% (en %) (1)	Evol Effectifs ACS liée au passage P+26% à P+35% (en %) (2)	Périodes étudiées
<b>Cpam 29</b>	67%	22%	janv-déc 2012
<b>Cpam 76</b>	55%	15%	janv-mai 2012
<b>Cpam 92</b>	42%	19%	janv-déc 2012
<b>Cpam 93</b>	30%	19%	janv-déc 2012
<b>Total groupe</b>	<b>40%</b>	<b>19%</b>	

60 679 bénéficiaires étudiés

##### 1er semestre 2013

	Evol Effectifs ACS liée au passage P+20% à P+26% (en %) (1)	Evol Effectifs ACS liée au passage P+26% à P+35% (en %) (2)	Périodes étudiées
<b>Cpam 29</b>	60%	33%	janv-juin 2013
<b>Cpam 92</b>	43%	21%	janv-juin 2013
<b>Cpam 93</b>	32%	20%	janv-juin 2013
<b>Total groupe</b>	<b>39%</b>	<b>23%</b>	

28 649 bénéficiaires étudiés

(1)  $(P20-P26)/(P-P20)$

(2)  $(P26-P35)/(P-P26)$

(3)  $(P26-P35)/(P-P20)$

Au final, à l'issue de l'année 2012, l'objectif prévu par le Fonds d'une évolution de + 30 % du nombre de bénéficiaires à fin décembre 2012 a été atteint.

Au-delà des chiffres déjà exposés, le détail sur la répartition des effectifs selon les différentes tranches des revenus, a montré une augmentation sur 2012 de + 40 % des effectifs liés à la tranche de revenus P + 20 % à P + 26 % (4 caisses de métropole).

On se situait entre + 20 % et + 25 % en moyenne sur la base des chiffres remontés à l'issue de l'année 2011 sur ce même groupe de caisses. On a donc assisté à un effet retard du relèvement du plafond. L'effet retard est en réalité assez logique dans la mesure où l'on touche progressivement une frange plus étendue de la population et la diffusion de l'information se matérialise graduellement.

### *2.1.2.2. L'examen des refus selon le niveau des revenus*

Un suivi des refus a également été expérimenté à l'occasion de ce suivi. Sur l'ensemble de l'année 2012, l'étude a porté sur 23 532 bénéficiaires pour lesquels on a constaté que :

- 20 % des personnes ont vu leur dossier refusé pour un dépassement situé entre + 35 % et + 40 % par rapport au plafond de la CMU-C,
- 28 % des personnes ont vu leur dossier refusé pour un dépassement situé entre + 40 % et + 50 % par rapport au plafond de la CMU-C.

Le même suivi sur le 1<sup>er</sup> semestre 2013 a quasiment donné les mêmes résultats.

### **2.1.3. Les premières données sur la revalorisation au 1<sup>er</sup> juillet 2013**

Le 21 janvier 2013, à l'issue de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le Premier Ministre a annoncé l'augmentation du plafond de ressources de la CMU-C de + 7,0 % en 2013, entraînant par là même un relèvement mécanique du plafond de l'ACS à P + 44,45 % par rapport au plafond CMU-C 2012.

La mesure est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2013. Le relèvement du plafond a été de 8,3 % (7 % au titre de la mesure pauvreté et 1,3 % au titre de l'inflation).

Selon les estimations réalisées alors, elle pourrait potentiellement intégrer 500 000 bénéficiaires supplémentaires à la CMU-C et 850 000 bénéficiaires supplémentaires à l'ACS (en tenant compte de la variation des effectifs ACS liée au basculement de l'ACS vers la CMU-C de certains bénéficiaires).

En se basant sur les taux de recours connus au moment de l'annonce de la mesure, à hauteur de 80 % pour la CMU-C et de 40 % pour l'ACS, 750 000 bénéficiaires supplémentaires devraient bénéficier de l'un ou l'autre des dispositifs : 400 000 bénéficiaires pour la CMU C et 350 000 bénéficiaires pour l'ACS.

Le Fonds CMU a mis en place un système de suivi de l'impact de la mesure avec 11 caisses locales<sup>[1]</sup> avec 10 répondants, pour les effectifs de la CMU-C et ceux de l'ACS. Ce suivi mensuel s'échelonne sur une période de 18 mois pour la CMU-C à 24 mois pour l'ACS.

---

<sup>[1]</sup> Marseille, Finistère, Lille-Douai, Rhône, Paris, Rouen-Elbeuf-Dieppe, Nanterre, Bobigny, Cergy Pontoise, Martinique, Réunion.

Les 10 caisses effectivement impliquées dans le suivi représentent presque 30 % des effectifs pour la CMU-C et un quart pour l'ACS (métropole et Dom).

Ce suivi a également été étendu au RSI et à la CCMSA.

### 2.1.3.1. Le suivi du relèvement du plafond pour la CMU-C

#### ■ Au régime général

Pour les 10 caisses participant au suivi, sur le cumul des mois de juillet à octobre 2013, 19 600 nouveaux bénéficiaires supplémentaires sont liés à la mesure, soit 4,0 % des attributions de la CMU-C (bénéficiaires entrants + renouvelés).

*Suivi des attributions de la CMU-C au régime général, en nombre de bénéficiaires, cumul juillet à octobre 2013, pour les 10 caisses participantes au suivi*

Nb_CPAM Dernier Mois	Nb_CMUC_N_1	Nb_CMUC_N	Nb_CMUC_Sans_ Mesure	Nb_CMUC_Avec Mesure
10	418 354	495 065	475 464	19 601
		<b>Répartition</b>	96,0%	4,0%

La tendance, pour le total des 10 caisses, est une concentration des dossiers sur juillet, certainement parce que les caisses ont reporté, à partir de juin, l'étude des dossiers susceptibles de bénéficier du relèvement du plafond, suivie d'une baisse en août et septembre et d'une reprise en octobre. La caisse de Cergy-Pontoise est la seule à avoir la plus forte concentration d'attributions liées à la mesure pauvreté sur le mois d'août et la caisse de Martinique la seule à baisser sur le mois d'octobre.

Pour les 10 caisses, le pourcentage d'attributions de la CMU-C liées à la mesure pauvreté par rapport au total d'attributions oscille entre 3,9 % et 4,9 %, sauf pour la caisse de la Réunion qui n'est que de 2,9 %.

*Suivi mensuel des attributions de la CMU-C liées à la mesure pauvreté, rapport avec le total des attributions, par caisse, de juillet à octobre 2013, pour les 10 caisses participantes*

Num_CPAM	Nom_CPAM	Attributions avec mesure pauvreté					Cumul Total Attributions	Attributions mesure / Total Attributions
		31/07/2013	31/08/2013	30/09/2013	31/10/2013	Cumul		
131	MARSEILLE	790	584	787	820	2 981	72 682	4,1%
291	FINISTERE	133	132	64	117	446	9 124	4,9%
595	LILLE-DOUAI	389	268	307	388	1 352	34 789	3,9%
691	RHONE	457	446	458	566	1 927	39 406	4,9%
751	PARIS	824	588	446	675	2 533	56 542	4,5%
921	NANTERRE	336	222	235	291	1 084	22 053	4,9%
931	BOBIGNY	801	635	589	648	2 673	68 889	3,9%
951	CERGY PONTOISE	370	516	279	315	1 480	32 139	4,6%
972	MARTINIQUE	447	325	340	306	1 418	32 375	4,4%
974	RÉUNION	1 095	845	845	922	3 707	127 066	2,9%
	<b>Total</b>	<b>5 642</b>	<b>4 561</b>	<b>4 350</b>	<b>5 048</b>	<b>19 601</b>	<b>495 065</b>	<b>4,0%</b>

De juillet à octobre 2013, 9 200 foyers pour les 19 600 bénéficiaires ont accédé à la CMU-C grâce à la mesure de relèvement exceptionnel du plafond. Sans cette mesure ces personnes

auraient été orientées vers l'ACS. Plus d'un tiers ne bénéficiaient antérieurement ni de la CMU-C, ni de l'ACS, 40 % bénéficiaient de la CMU-C et 20 % bénéficiaient de l'ACS.

*Situation antérieure par foyer, pour les attributions de la CMU-C liées à la mesure pauvreté, cumul juillet à octobre 2013, pour les 10 caisses participant au suivi*

Nb_CPAM Dernier_Mois	CMU-C	ACS	Hors CMU-C et ACS	Nb Total Foyers
10	3 854	2 070	3 279	9 203
	41,9%	22,5%	35,6%	100,0%

*Situation antérieure par bénéficiaire, pour les attributions de la CMU-C liées à la mesure pauvreté, cumul juillet à octobre 2013, pour les 10 caisses participant au suivi*

Nb_CPAM Dernier_Mois	CMU-C	ACS	Hors CMU-C et ACS	Nb Total Bénéf
10	8 394	4 171	7 037	19 602
	42,8%	21,3%	35,9%	100%

En extrapolant à l'ensemble du territoire, sur la base du cumul des attributions de juillet à **octobre 2013**, on peut estimer que **66 600 attributions de CMU-C au régime général ont été liées à la mesure pauvreté**, soit 4,2 % du total entrants + renouvelés sur la même période (juillet à octobre 2013).

La proportion des attributions liées à la mesure pauvreté réalisée à partir de l'extrapolation et du total des bénéficiaires entrants et renouvelés pour l'ensemble des caisses est proche de celle calculée à partir des résultats des 10 caisses.

**La montée en charge est plus faible que celle attendue**, sachant qu'une nouvelle estimation de la population cible effectuée par la DREES en septembre 2013 a permis de réviser légèrement à la baisse la population cible de la tranche à + 7 % du plafond CMU-C 2012, mais que l'on constate également une forte reprise de la progression des effectifs dès les mois de mai et juin 2013.

Mois	Attributions liées à la mesure pauvreté		Entrants + Renouvelés	Part Mesure pauvreté
	10 Caisses	29,4%		
31/07/2013	5 642	19 182	416 047	4,6%
31/08/2013	4 561	15 507	378 579	4,1%
30/09/2013	4 350	14 789	380 621	3,9%
31/10/2013	5 048	17 162	397 642	4,3%
	<b>19 601</b>	<b>66 640</b>	<b>1 572 889</b>	<b>4,2%</b>

*Données provisoires d'août à octobre pour les entrants + renouvelés*

Le régime général a confirmé avoir porté une attention particulière à la revalorisation du plafond et à son impact sur la population éligible. Ainsi, dans les trois semaines précédant la date d'entrée en vigueur du relèvement, les caisses ont veillé à gérer de façon attentive les décisions de refus pour dépassements de seuil de ressources dès lors que les délais réglementaires de réponse permettaient d'attendre le 1<sup>er</sup> juillet pour notifier un droit.

■ *Au régime des indépendants*

3 900 attributions (nombre de personnes couvertes) de la CMU-C sont liées à la mesure pauvreté entre juillet et octobre 2013, soit 4,2 % des attributions ce qui est similaire au régime général. La montée en charge mensuelle, pour sa part, est progressive. La mesure concerne 2 000 foyers. 80 % des attributaires n'avaient ni la CMU-C, ni l'ACS auparavant<sup>53</sup>.

*Suivi des attributions de la CMU-C au régime des indépendants, en nombre de bénéficiaires, cumul juillet à octobre 2013*

Mois	Nb_CMUC_N_1	Nb_CMUC_N	Nb_CMUC_Sans_Mesure	Nb_CMUC_Avec_Mesure
31/07/2013	23 004	24 742	24 452	290
31/08/2013	19 657	22 562	21 861	701
30/09/2013	19 253	20 510	19 326	1 184
31/10/2013	22 532	24 981	23 243	1 738
<b>Total</b>	84 446	92 795	88 882	3 913
		<b>Répartition</b>	95,8%	4,2%

Source : RSI

*Situation antérieure par foyer et par bénéficiaires, pour les attributions de la CMU-C liées à la mesure pauvreté, cumul juillet à octobre 2013, au régime des indépendants*

CMU-C	Hors CMU-C	Nb Total Foyers	CMU-C	Hors CMU-C	Nb Total Bénéficiaires
375	1 604	1 979	768	3 145	3 913
18,9%	81,1%	100,0%	19,6%	80,4%	100,0%

Source : RSI

■ *Au régime agricole*

945 attributions (nombre de personnes couvertes) de la CMU-C sont liées à la mesure pauvreté entre juillet et août 2013, soit 4,9 % des attributions ce qui est légèrement supérieur au régime général.

*Suivi des attributions de la CMU-C au régime agricole, en nombre de bénéficiaires, cumul juillet à octobre 2013*

Mois	Nb_CMUC_N	Nb_CMUC_Sans_Mesure	Nb_CMUC_Avec_Mesure
31/07/2013	11 236	10 738	498
31/08/2013	8 000	7 553	447
30/09/2013	0	0	0
31/10/2013	0	0	0
<b>Total</b>	19 236	18 291	945
		<b>Répartition</b>	95,1%
			4,9%

<sup>53</sup> La distinction entre CMU-C et ACS dans les situations antérieures n'est techniquement pas possible dans les bases du RSI.

### 2.1.3.2. Le suivi du relèvement du plafond pour l'ACS

#### ■ Au régime général

Pour les 10 caisses participant au suivi, sur le cumul des mois de juillet à octobre 2013, 12 073 nouveaux bénéficiaires supplémentaires de l'ACS sont liés à la mesure, soit 14,1 % des attributions de l'ACS (bénéficiaires entrants + renouvelés).

*Suivi des attributions de l'ACS, en nombre de bénéficiaires, cumul juillet à octobre 2013, pour les 10 caisses participantes*

Nb_CPAM Dernier Mois	Nb_ACS_N	Nb_ACS_26 (a)	Nb_ACS_Sans_Mesure (b)	Nb_ACS_Avec_Mesure (c)
10	85 726	58 477	15 176	12 073
	<b>Répartition</b>	68,2%	17,7%	14,1%

(a) : Nombre de personnes qui auraient bénéficié de l'ACS sans la mesure Conférence pauvreté 2013, ni le passage de + 26 % à + 35 % du plafond CMU-C en 2012

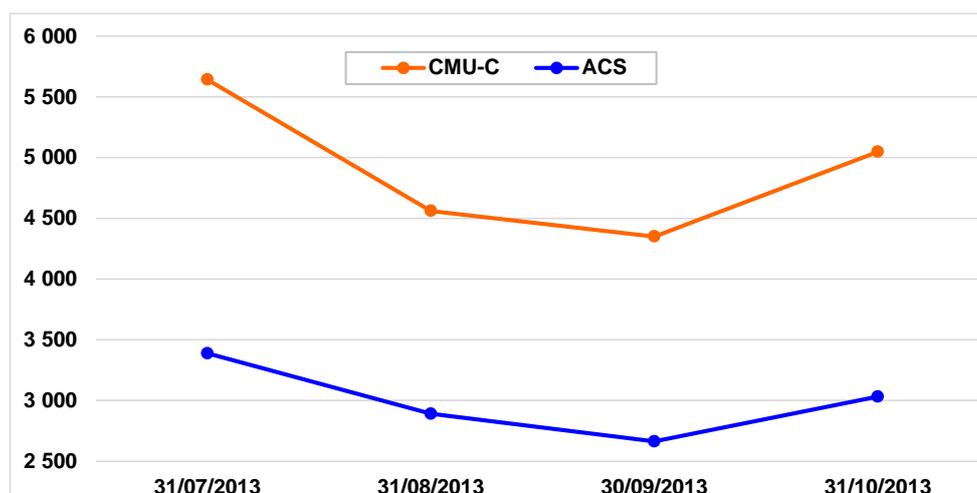
(b) : Nombre de personnes qui auraient bénéficié de l'ACS sans la mesure Conférence pauvreté 2013 mais qui ont bénéficié du passage de + 26 % à + 35 % du plafond CMU-C en 2012

(c) : Nombre de personnes qui bénéficient de l'ACS grâce à la mesure Conférence pauvreté 2013

La tendance, pour le total des 10 caisses, est similaire à celle de la CMU-C, avec un départ fort sur juillet, une baisse sur août et septembre, suivie d'une remontée sur octobre. La caisse de la Réunion est la seule à avoir un peu plus d'attributions en août et celle de Paris a un nombre similaire d'attributions pour juillet et août.

Pour les 10 caisses, le pourcentage d'attributions de l'ACS liées à la mesure pauvreté par rapport au total d'attributions oscille entre 14,3 % et 17,3 %, sauf pour la caisse de la Réunion qui n'est que de 9,1 % et la caisse de la Martinique de 7,3 %.

*Évolutions des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS liés à la mesure de relèvement du plafond, de juillet 2013, juillet à octobre 2013.*

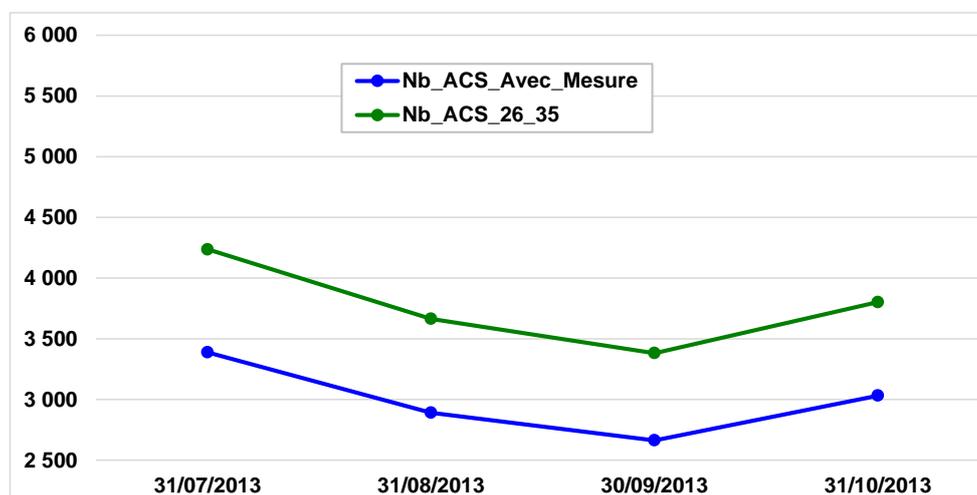


*Suivi mensuel des attributions de l'ACS liées à la mesure pauvreté, rapport avec le total des attributions, par caisse, de juillet à octobre 2013, pour les 10 caisses participantes*

Num_CPAM	Nom_CPAM	Attributions avec mesure pauvreté					Cumul Attributions	Attributions mesure / Total Attributions
		31/07/2013	31/08/2013	30/09/2013	31/10/2013	Cumul		
131	MARSEILLE	594	484	550	564	2 192	14 315	15,3%
291	FINISTERE	133	98	81	112	424	2 714	15,6%
595	LILLE-DOUAI	274	195	188	250	907	6 352	14,3%
691	RHONE	405	333	343	365	1 446	9 074	15,9%
751	PARIS	513	512	329	415	1 769	10 225	17,3%
921	NANTERRE	295	183	188	202	868	5 399	16,1%
931	BOBIGNY	458	399	386	438	1 681	10 585	15,9%
951	CERGY PONTOISE	263	238	220	241	962	5 817	16,5%
972	MARTINIQUE	109	83	108	101	401	5 525	7,3%
974	RÉUNION	344	270	366	443	1 423	15 720	9,1%
Total		<b>3 388</b>	<b>2 795</b>	<b>2 759</b>	<b>3 131</b>	<b>12 073</b>	<b>85 726</b>	<b>14,1%</b>

Le suivi de la mesure de relèvement du plafond de juillet 2013 est complété par le suivi de la mesure de relèvement du plafond de janvier 2012, avec le passage de plafond CMU-C + 26 % à plafond CMU-C + 35 %. Le nombre d'attributions est supérieur dans la tranche P+26-P+35, ce qui est normal compte tenu d'une montée en charge plus aboutie, mais les évolutions d'un mois sur l'autre sont parallèles.

*Évolutions des bénéficiaires de l'ACS, liés à la mesure de relèvement du plafond à P+35 de janvier 2012 et liés à la mesure de relèvement du plafond de juillet 2013, juillet à octobre 2013.*



De juillet à octobre 2013, 4 642 foyers sur les 12 095<sup>54</sup> bénéficiaires ont accédé à l'ACS grâce à la mesure de relèvement exceptionnel du plafond. Plus des deux tiers ne bénéficiaient antérieurement ni de la CMU-C, ni de l'ACS, 18 % bénéficiaient de la CMU-C et 15 % bénéficiaient de l'ACS.

<sup>54</sup> La différence de 22 bénéficiaires entre les 12 095 attributions dans le suivi qualitatif et les 12 073 attributions dans le suivi quantitatif est due au fait que le suivi quantitatif a fait l'objet de requêtes mise à jour chaque mois pour juillet, août et septembre, alors que le suivi qualitatif a été déterminé par une seule requête.

*Situation antérieure par foyer, pour les attributions de l'ACS liées à la mesure pauvreté, cumul juillet à octobre 2013, pour les 10 caisses participant au suivi*

Nb_CPAM Dernier Mois	CMU-C	ACS	Hors CMU-C et ACS	Nb Total Foyers
10	1 231	1 016	4 642	6 889
	17,9%	14,7%	67,4%	100,0%

*Situation antérieure par bénéficiaire, pour les attributions de l'ACS liées à la mesure pauvreté, cumul juillet à octobre 2013, pour les 10 caisses participant au suivi*

Nb_CPAM Dernier Mois	CMU-C	ACS	Hors CMU-C et ACS	Nb Total Bénéf
10	2 212	1 892	7 991	12 095
	18,3%	15,6%	66,1%	100,0%

En extrapolant à l'ensemble du territoire, sur la base du cumul des attributions de juillet à octobre 2013, on peut estimer que 49 300 bénéficiaires d'une attestation de l'ACS au régime général ont été liés à la mesure pauvreté, soit 13,8 % du total entrants + renouvelés sur la même période (juillet à octobre 2013), ce qui est proche des prévisions réalisées par le Fonds CMU.

On constate une même cohérence que pour la CMU-C dans le rapprochement entre les chiffres des 10 caisses et les chiffres nationaux.

#### ■ *Au régime des indépendants*

1 350 attributions de l'ACS sont liées à la mesure pauvreté entre juillet et octobre 2013, soit 15,4 % des attributions, ce qui est un peu plus fort qu'au régime général. Les chiffres mensuels suivent un mouvement également proche de ceux du régime général. La mesure concerne 960 foyers. 85 % des attributaires n'avaient ni la CMU-C, ni l'ACS auparavant.

*Suivi des attributions de l'ACS au régime des indépendants, en nombre de bénéficiaires, cumul juillet à octobre 2013*

Mois	Nb_ACS_N_1	Nb_ACS_N	Nb_ACS_26 (a)	Nb_ACS_Sans Mesure (b)	Nb_ACS_Avec Mesure (c)
31/07/2013	1 854	2 381	1 441	560	380
31/08/2013	1 837	1 591	992	352	247
30/09/2013	1 929	2 095	1 325	462	308
31/10/2013	2 608	2 684	1 658	613	413
<b>Total</b>	2 387	8 751	5 416	1 987	1 348
		<b>Répartition</b>	61,9%	22,7%	15,4%

Source : RSI

*Situation antérieure par foyer et par bénéficiaires, pour les attributions de l'ACS liées à la mesure pauvreté, cumul juillet à octobre 2013, au régime des indépendants*

CMU-C	Hors CMU-C	Nb Total Foyers	CMU-C	Hors CMU-C	Nb Total Bénéficiaires
123	837	960	206	1 142	1 348
12,8%	87,2%	100,0%	15,3%	84,7%	100,0%

Source : RSI

■ *Au régime agricole*

690 attributions de l'ACS sont liées à la mesure pauvreté entre juillet et août 2013, soit 14,9 % des attributions. Cette proportion se situe entre le régime général et le régime des indépendants. Les chiffres mensuels suivent un mouvement également proche de ceux du régime général.

*Suivi des attributions de l'ACS au régime agricole, en nombre de bénéficiaires, cumul juillet à août 2013*

Mois	Nb_ACS_N	Nb_ACS_26 (a)	Nb_ACS_Sa ns_Mesure (b)	Nb_ACS_Av ec_Mesure (c)
31/07/2013	2 742	1 653	674	415
31/08/2013	1 878	1 120	483	275
30/09/2013	0	0	0	0
31/10/2013	0	0	0	0
<b>Total</b>	4 620	2 773	1 157	690
	<b>Répartition</b>	60,0%	25,0%	14,9%

■ *Le suivi des refus au régime général*

Le suivi des relèvements des plafonds CMU-C et ACS a également été complété, au régime général, par un suivi des refus en termes de niveau de dépassement des ressources. Les données concernent les refus prononcés sur la période allant de juillet à octobre 2013, correspondant à 22 299 personnes.

Sur cette base, on constate que :

- 21 % des personnes ont vu leur dossier refusé pour un dépassement situé entre + 35 % et + 40 % par rapport au plafond de la CMU-C ;
- 29 % des personnes ont vu leur dossier refusé pour un dépassement situé entre + 40 % et + 50 % par rapport au plafond de la CMU-C ;

Au total donc, 50 % des demandeurs qui se sont vus notifier un refus ont des ressources qui se situent entre plafond CMU-C + 35 % et plafond CMU-C + 50 %.

*Les refus ACS, cumul juillet à octobre 2013, pour les 10 caisses participant au suivi*

	Nombre de dossiers	Nombre de bénéficiaires	Répart Refus selon dépassement (dossiers)	Répart Refus selon dépassement (bénéfs)
Dossiers ACS refusés : entre > à + 35 % et =< à + 40 %	2 521	4 719	20%	21%
Dossiers ACS refusés : entre > à + 40 % et =< à + 50 %	3 606	6 541	29%	29%
Dossiers ACS refusés : entre > à + 50 % et =< à + 60 %	2 137	3 921	17%	18%
Dossiers ACS refusés : plafond ACS > + 60 % et davantage	4 254	7 118	34%	32%
<b>Total refus</b>	<b>12 518</b>	<b>22 299</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Les résultats sont parfaitement stables par rapport à ceux obtenus à l'occasion du précédent suivi du relèvement du plafond de l'ACS (P + 26 % à P + 35 % au 1<sup>er</sup> janvier 2012), qui avait été mis en place auprès de 4 caisses courant 2012 et sur le début de l'année 2013.

De juillet à octobre 2013, les refus ont concerné 51 528 foyers correspondant à 87 598 bénéficiaires (estimation sur la base de 1,8 personne par foyer) au niveau de la CNAMTS.

Piste de travail 13 : Mettre en place au Régime général un suivi mensuel de la mesure de relèvement des plafonds de ressources sur l'ensemble des caisses pour la CMU-C et pour l'ACS.

## **2.2. La nécessité de mettre en place une complémentaire santé de qualité au meilleur coût**

### **2.2.1. La révision du panier de soins de la CMU-C**

#### ***2.2.1.1. La révision du panier de soins pour l'optique et l'audioprothèse***

Dans le précédent rapport d'évaluation, le Fonds CMU avait proposé de revoir le panier de soins pour l'optique et pour l'audioprothèse. Ce point a été acté par le Premier Ministre le 21 janvier 2013.

Pour ces deux catégories de prestations, les limites tarifaires de prise en charge en sus des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale sont fixées par l'arrêté du 31 décembre 1999 modifié par l'arrêté du 14 août 2002. Pour l'optique le Fonds CMU partait du constat que le panier CMU-C actuel n'intègre pas les coûts liés à l'amincissement des verres pour les plus fortes corrections. En effet, les verres épais sont particulièrement inconfortables, ce qui ne permet pas de porter les lunettes en permanence, là où les personnes ne peuvent justement pas effectuer les actes de la vie courante sans lunettes, et stigmatisants de par leur effet « loupe ».

Par arrêté du 21 mai 2014, les forfaits actuels ont été revus pour offrir des verres amincis pour les plus fortes corrections. Cette révision s'applique à l'intérieur du panier de soins pour les adultes et vient s'ajouter à la prise en charge actuelle sur la base de la LPP pour les enfants, diminuant ainsi le montant du reste à charge pour les bénéficiaires de la CMU-C qui financent aujourd'hui intégralement cet amincissement.

Pour l'audioprothèse, un autre arrêté du 21 mai 2014 permet d'intégrer, en adéquation avec la LPP, la prise en charge d'un équipement stéréophonique complet tous les deux ans pour les personnes âgées de plus de 20 ans (les enfants et les personnes atteintes de cécité étant prises en charge sur la base du tarif de remboursement de la sécurité sociale).

#### ***2.2.1.2. La révision du panier de soins pour le dentaire***

Dans le précédent rapport d'évaluation, le Fonds CMU avait mis en avant des restes à charge parfois importants sur le dentaire, à partir d'une étude de la CNAMTS, sur la base de

l'Échantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB), et de deux études commanditées par le Fonds auprès de la CPAM des Hauts-de-Seine et de la MSA de Gironde.

Par ailleurs, les tarifs des actes dentaires revalorisés par l'avenant n°3 à la convention dentaire seront applicables au 1<sup>er</sup> juin 2014. L'avenant qui transpose la CCAM, fixe pour la première fois les tarifs maxima des actes du panier de soins CMU-C et propose d'y introduire les bridges. Un arrêté devra intervenir avant cette date pour valider ce nouveau panier de soins dentaire. Dans ce calendrier, des propositions d'évolution des niveaux de prise en charge au titre de la CMU-C sont à expertiser.

Dans cette optique, le Fonds CMU a demandé au régime général, au régime agricole et au régime des indépendants de mettre à jour les restes à charge sur les soins inclus dans le panier de soins dentaire ou dans l'accord portant sur l'alternative thérapeutique, en analysant la situation des actes les plus souvent pratiqués. Le régime général et le régime agricole n'ont pas pu mener cette étude à bien. En effet, ces deux régimes stockent leur données dans le SNIIRAM<sup>55</sup>, à partir duquel il n'a pas été possible d'isoler les dépenses acte par acte. Seul le RSI a pu répondre à la demande, pour les principaux actes, en reprenant des données stockées dans son propre système d'information.

L'objectif était de partir des RAC identifiés et quantifiés pour analyser les situations qui, de par leur fréquence pourraient justifier d'une mise à jour des montants pris en charge.

L'étude du RSI a porté sur les bénéficiaires de la CMU-C en gestion de droits par le régime obligatoire, pour les soins dentaires réalisés en 2012 par les médecins spécialistes en stomatologie, les chirurgiens-dentistes et les chirurgiens-dentistes en orthopédie dento-faciale. Les centres de soins ne sont pas inclus. Une recodification a permis l'appariement de 99,1 % des actes.

La population étudiée a été de 77 720 bénéficiaires de la CMU-C au RSI, avec au moins une feuille de soins dentaires facturée en 2012. La prise en charge a porté sur 24,2 millions d'euros de dépenses engagées, dont 0,9 millions d'euro portant sur le RAC (3,9 % de la dépense).

Le RAC concerne 4,8 % des consommateurs. Il est en moyenne de 228 €. La dépense moyenne engagée est de 285 € lorsqu'il n'y a pas de RAC, elle de 827 € lorsqu'il y a un RAC.

<b>Nombre total bénéficiaires</b>	77 720	
	<b>Sans RAC</b>	<b>Avec RAC</b>
<b>Nombre bénéficiaires</b>	73 985	3 745
<b>Pourcent bénéficiaires</b>	95,2%	4,8%
<b>Dépense moyenne engagée</b>	285,00 €	827,00 €
<b>Montant moyen remboursable AM</b>	188,00 €	413,00 €
<b>Montant moyen part RO</b>	137,00 €	302,00 €
<b>Montant moyen CMU-C</b>	148,00 €	297,00 €
<b>RAC moyen</b>		228,00 €

Les 10 % de bénéficiaires avec le RAC le plus important concentrent 51 % du RAC.

Le RAC est marginal pour les actes de consultations et les soins conservateurs, et ce pour des montants moyens faibles. Sa fréquence est par contre de 12,7 % pour les soins prothétiques,

<sup>55</sup> Système national d'informations inter régimes de l'assurance maladie.

pour un montant moyen de 378 € et de 9,3 % pour les traitements d'orthodontie faciale pour un montant moyen de 229 €.

	77 720				
	Nb Bénéficiaires	Pourcent pop étudiée	Pourcent avec RAC	Dépense moyenne	RAC moyen
<b>Actes de consultation</b>	30 560	39%	2,2%	34 €	4 €
<b>Soins conservateurs (SC)</b>	56 035	72%	0,8%	152 €	32 €
<b>Soins prothétiques (SPR)</b>	14 100	18%	12,7%	1 070 €	378 €
<b>Traitement d'orthodontie faciale (TO)</b>	6 130	8%	9,3%	594 €	229 €

Pour l'acte le plus fréquent en soins prothétiques, la couronne dentaire céramo-métallique (FDC 3), la dépense moyenne est de 377 €, pour 375 € de prise en charge ; le RAC concerne 1,6 % des bénéficiaires de soins dentaires avec RAC et son montant moyen est de 269 €, ce qui ramène l'acte au prix du marché pour les non bénéficiaires de la CMU-C.

Le supplément pour base métallique (FDA 22) est concerné par le RAC pour 3,4 % des bénéficiaires de soins dentaires avec RAC, pour un montant moyen de RAC de 265 €. Cet acte est un des points sensibles du panier de soins CMU-C. En effet, les appareillages sur base plastique sont estimés pas assez solides dans le temps par la profession, et ce par plusieurs sources croisées, et sujets à de nombreuses réparations. Le supplément base métallique s'avère donc un complément indispensable à tout appareillage.

Il n'a pas été possible de disjoindre la réparation de la fracture de la plaque base en matière plastique (FDR 19) du 1<sup>er</sup> élément de dent ou crochet remplacés ou ajoutés sur un appareil existant (FDR 20), ce qui aurait permis de mieux cerner la question d'éventuels RAC sur les réparations.

Parmi les actes les plus pratiqués en orthodontie, le traitement des dysmorphoses avec multi-attaches n'est que peu concerné par le RAC, avec 1,9 % des bénéficiaires avec RAC, mais sur un montant de RAC moyen de 202 €.

*Récapitulatif des principaux actes du panier de soin CMU-C concernés par un RAC*

Panier de soins CMU-C									
Code de transposition CMU-C	Acte ou traitement	Nb Bénéficiaires	Pourcent pop avec soins prothétiques	Nb Actes	Dépense moyenne	Prix maximum autorisé	Pourcent Bénéficiaires avec RAC	Dépense moyenne si RAC	RAC moyen
FDC 1	Couronne dentaire ajustée ou coulée métallique	6 350	43,0%	10 810	233 €	230 €	2,5%	610 €	207 €
FDC 3	Couronne dentaire céramo-métallique	5 100	34,0%	11 300	377 €	375 €	1,6%	950 €	269 €
FDA 6	Appareillage de 1 à 3 dents, sur base plastique	2 180	15,5%	2 710	202 €	193 €	3,4%	565 €	320 €
FDA 7	Appareillage de 4 dents sur base plastique	620	4,0%	670	349 €	349 €	3,4%	422 €	78 €
FDA 22	Supplément pour base métallique	2 070	15,0%	2 800	304 €	300 €	1,8%	628 €	265 €
FDR 19	Réparation de fracture de la plaque base en matière plastique	1 040	7,0%	1 290	65 €	65 €	4,5%	117 €	33 €
FDR 20	Dents ou crochets ajoutés ou remplacés sur appareil en matière plastique ou à châssis métallique – 1er élément								
Code de transposition CMU-C	Acte ou traitement	Nb Bénéficiaires	Pourcent pop avec traitement ODF	Nb Actes	Dépense moyenne	Prix maximum autorisé	Pourcent Bénéficiaires avec RAC	Dépense moyenne si RAC	RAC moyen
FDO 28	Traitement des dysmorphoses sans multi-attaches	240	4,0%	260	339 €	333 €	5,5%	526 €	142 €
FDO 29	Traitement des dysmorphoses avec multi-attaches	3 230	53,0%	4 340	467 €	464 €	1,9%	872 €	202 €

Source : RSI

Pour l'alternative thérapeutique (voir encadré 14), sur les actes les plus pratiqués, il est à noter que le RAC concerne 29,5 % des bénéficiaires avec RAC pour les couronnes FPC 40 et FPC 41 confondues alors que ces actes ne regroupent que 1,5 % de la population avec soins prothétiques. Toutefois, même si le RAC moyen est de 232 € lorsqu'il y a RAC, la dépense moyenne reste de 278 € pour un prix maximum pris en charge de 230 €.

*Récapitulatif des principaux actes compris dans l'alternative thérapeutique CMU-C concernés par un RAC*

Alternative thérapeutique									
Code de transposition CMU-C	Acte ou traitement	Nb Bénéficiaires	Pourcent pop avec soins prothétiques	Nb Actes	Dépense moyenne	Prix maximum pris en charge	Pourcent Bénéficiaires avec RAC	Dépense moyenne si RAC	RAC moyen
FPC 40	Couronne à incrustation vestibulaire sur 2e prémolaire ou molaire	220	1,5%	310	278 €	230 €	29,5%	530 €	232 €
FPC 41	Couronne céramo-métallique sur 2e prémolaire ou molaire								
Code de transposition CMU-C	Acte ou traitement	Nb Bénéficiaires	Pourcent pop avec traitement ODF	Nb Actes	Dépense moyenne	Prix maximum pris en charge	Pourcent Bénéficiaires avec RAC	Dépense moyenne si RAC	RAC moyen
FPO 54	Multi-attaches en céramique	250	4,0%	300	473 €	464 €	12,2%	601 €	178 €

Source : RSI

Par rapport à l'étude de la CNAMTS sur le RAC<sup>56</sup> citée dans le précédent rapport d'évaluation, les résultats paraissent cohérents. Dans cette étude, 5 % des bénéficiaires ayant eu des soins dentaires avaient subi un RAC, avec un RAC moyen de 180 €.

<sup>56</sup> Point repère n°35, Septembre 2011.

Dans l'étude du RSI, les RAC concernent 4,8 % de la population concernée par les soins dentaire, avec un RAC moyen de 228 €.

L'étude du RSI ne comprend pas les soins effectués en centre de soins et dans l'étude de la CNAMTS il n'est pas possible de distinguer ce qui relève des soins en libéral et des soins en centre.

Enfin, la dépense moyenne prise en charge au titre de la CMU-C pour le dentaire est proportionnellement plus élevée au RSI qu'au régime général. Le coût moyen total (tous soins confondus) du RSI correspond à 74,4 % du coût moyen à la CNAMTS alors que le coût moyen spécifique au dentaire correspond à 93,2 % du coût moyen pour le dentaire à la CNAMTS.

Au final, il s'avère que le RAC pour les soins dentaires ne relève, pour les bénéficiaires de la CMU-C, que d'une pratique marginale concernant les actes de consultation et les soins conservateurs et faible pour les soins prothétiques et les soins d'orthodontie. Pour autant, il ne devrait pas exister pour les actes du panier de soins CMU-C et rester faible pour les actes relevant de l'alternative thérapeutique.

Par ailleurs, les représentants des professionnels de santé, rencontrés lors des travaux préparatoires au présent rapport d'évaluation, ont fait état de situations d'abandon de soins de la part des bénéficiaires de la CMU-C. Pour ces cas-là, les praticiens ne peuvent pas obtenir de paiement de la part des caisses, compte tenu qu'ils ne sont payés que pour les actes aboutis. Ces situations méritent d'être mieux appréhendées, tant en terme d'accompagnement des patients concernés, de formation des praticiens à l'accueil des personnes en situation précaires, que de compensation financière pour les cas d'abandons non résolus.

Piste de travail 14 : Suivre, au sein des régimes, les professionnels de santé pratiquant un RAC sur les soins relevant du panier CMU-C dentaire ou ceux pratiquant la future CCAM dentaire pouvant permettre des restes à charge excessifs dans le cadre de l'alternative thérapeutique. La future CCAM dentaire pourrait permettre d'isoler les actes dentaires par codage.

Piste de travail 15 : Travailler au sein des régimes et des caisses, en coordination avec les professionnels de santé, sur le suivi du parcours de soins des bénéficiaires de la CMU-C, afin de quantifier les proportions d'abandon de soins dentaires et de dégager des solutions pour les problèmes identifiés.

Proposition 7 : Dans le courant du premier semestre 2014, en concertation avec l'ensemble de la profession, formuler des propositions sur l'évolution du panier de soins dentaire CMU-C, après avoir identifié les actes qui peuvent poser de réels problèmes financiers, notamment s'ils engendrent des refus de soins de la part des professionnels ayant une forte proportion de bénéficiaires de la CMU-C, ou des restes à charge qui mènent les patients au renoncement aux soins.

## **Encadré 14 : Rappel sur la prise en charge des soins dentaires dans le cadre de la CMU-C**

### **Les actes dentaires**

Pour les actes dentaires (consultations, soins conservateurs et chirurgicaux, assimilations, actes de radiodiagnostic), le professionnel de santé (PS) est tenu de respecter les tarifs conventionnels en vigueur, ceux fixés par la NGAP, et d'appliquer le tiers payant avec dispense totale d'avance des frais à un patient bénéficiaire de la CMU-C, sous réserve que ce dernier ait justifié de ses droits à la CMU-C.

Le professionnel de santé ne peut pas facturer de dépassements d'honoraires (DE), sauf en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient (exemple : rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation). Dans cette situation le dépassement, n'est jamais pris en charge par l'Assurance maladie ; il n'est pas non plus pris en charge par la CMU-C. Il reste à la charge du patient qui le règle directement au professionnel de santé.

### **Les actes inclus dans le panier de soins CMU-C**

Les prothèses dentaires et les traitements d'ODF sont pris en charge au titre de la CMU-C au-delà des montants remboursables par l'Assurance maladie et dans la limite de tarifs fixés par arrêtés<sup>57</sup>. C'est ce que l'on appelle le « Panier de soins CMU-C ». Le PS est tenu de respecter ces tarifs et d'appliquer le tiers payant avec dispense totale d'avance de frais à un patient bénéficiaire de la CMU-C, sous réserve que celui-ci ait justifié ses droits à la CMU-C. Les honoraires du PS sont versés directement par l'Assurance maladie.

Avant de commencer le traitement concernant les prothèses dentaires, le PS doit établir et remettre au patient un devis avec la mention « CMU complémentaire ». Ce devis est remis à titre d'information au patient.

Avant de commencer un traitement d'ODF, le PS doit établir une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis avec la mention « CMU complémentaire » à adresser au chirurgien-dentiste-conseil de la CPAM du patient. La CPAM notifie un accord de prise en charge sur le montant couvert.

### **Les actes au-delà du panier de soins**

Certains actes de prothèses dentaires et de traitement d'ODF peuvent, en cas d'exigence particulière du bénéficiaire de la CMU-C, faire l'objet d'une « alternative thérapeutique » au-delà de ce que prévoit le panier de soins CMU-C. C'est le cas, par exemple, d'une couronne céramo-métallique sur une molaire alors que le panier de soins CMU-C ne prévoit qu'une couronne métallique sur cette dent.

Trois types d'actes peuvent faire l'objet d'une alternative thérapeutique :

- en matière d'actes de prothèses dentaires : les couronnes à incrustation vestibulaires ou céramo-métalliques sur 2<sup>ème</sup> prémolaire ou molaire, le remplacement de dent(s) absente(s) par une prothèse fixée ;
- en matière d'actes d'ODF : les multi attaches en céramique.

Pour ces actes, la facturation du dépassement d'honoraires au patient bénéficiaire de la CMU-C est possible après consentement éclairé de ce dernier. Dans cette situation, le PS est tenu, avant de commencer le traitement, de remettre au patient un devis descriptif<sup>58</sup> avec une information claire sur le montant restant à sa charge.

<sup>57</sup> Point repère n°35, Septembre 2011.

<sup>58</sup> À l'instar du devis prévu par la convention nationale des chirurgiens-dentistes pour les traitements pouvant faire l'objet d'une entente directe.

Lors de la facturation, la mention ED (entente directe) est portée et les codes de transposition FPC<sup>59</sup> et FPO<sup>60</sup> sont utilisés.

En tout état de cause, les actes hors nomenclature ne peuvent faire l'objet ni d'une prise en charge dans le cadre du « panier de soins », ni d'une alternative thérapeutique. Il ne pourrait être envisagé une évolution du panier de soins, ou une alternative thérapeutique, que dans la mesure où ces actes seraient préalablement pris en charge, pour la part obligatoire de l'assurance maladie, pour l'ensemble des assurés, bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C.

### **Les prothèses dentaires et les traitements d'ODF non compris dans le panier de soins**

Les frais afférents aux soins dentaires qui ne sont pas inscrits à la nomenclature ne sont pas remboursables et ne peuvent faire l'objet d'aucune prise en charge.

Toutefois, ces actes hors nomenclature peuvent être facturés aux bénéficiaires de la CMU-C, à leur demande et après consentement éclairé.

Un devis descriptif doit être remis à l'assuré.

Les actes hors nomenclature ne doivent pas être facturés sur une feuille de soins.

## **2.2.2. L'amélioration des contrats ACS**

La complémentaire santé est d'autant plus indispensable que le revenu des personnes est faible. Toutes les études démontrent en effet que son absence accentue le renoncement et le report des soins des populations en situation de précarité.

Par l'attribution d'une aide destinée à financer toute ou partie d'un contrat de complémentaire santé, l'ACS poursuit le but d'améliorer l'accès aux soins de ses bénéficiaires. Néanmoins, force est de constater que cet objectif n'est pas pleinement atteint. En effet, outre le non recours élevé à ce dispositif, les rapports annuels sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, mettent nettement en lumière une qualité très moyenne des contrats couvrant les bénéficiaires de l'ACS. Ils montrent également les difficultés que ces derniers peuvent rencontrer dans le choix d'un contrat.

Partant de ces constats, le législateur a récemment pris deux initiatives : le label ACS (LFSS 2012), dont l'échec a conduit à la mise en place d'une procédure de mise en concurrence (LFSS 2014). Cette procédure de mise en concurrence est prévue par l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale qui stipule que l'ACS est réservée « *aux contrats d'assurance complémentaire de santé individuels respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Celle-ci vise à sélectionner des contrats répondant au meilleur prix et offrant des garanties au moins aussi favorables que celles prévues par l'article L.871. Elle est menée de façon transparente, objective et non discriminatoire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État* ».

---

<sup>59</sup> FPC : Forfait prothèses conjointes hors panier de soins CMU-C. Ce code regroupe les couronnes à incrustation vestibulaire ou céramo-métallique sur 2<sup>ème</sup> prémolaire ou molaire et le remplacement de dent(s) absente(s) sur prothèses fixée.

<sup>60</sup> FPO : Forfait orthèses hors panier de soins CMU-C. Ce code correspond au traitement d'ODF avec attaches céramiques.

Le but de cette mesure est de renforcer l'attractivité du dispositif en améliorant le rapport qualité/prix des contrats souscrits pour dépasser le blocage rencontré à l'occasion des tentatives de mise en œuvre du « label ACS » prévu par la LFSS 2012.

Le nouveau projet tire les enseignements des analyses et propositions qui figuraient dans le rapport du HCAAM publié en juin dernier. Partant du constat que « *la labellisation de contrats ACS n'a pas franchi l'accord nécessaire de l'UNOCAM qui reprochait à la proposition ministérielle d'être sous une double contrainte garanties / prix (contrats repères peu compatibles avec la liberté des complémentaires* », le HCAAM a émis deux hypothèses d'évolution : des contrats de groupe pour les bénéficiaires de l'ACS sélectionnés par le biais d'une procédure d'appel d'offre ou la mise en place d'une CMU payante.

La première des hypothèses a donc été retenue par les pouvoirs publics.

### **2.2.2.1. Retour sur le label ACS**

L'article 55 de la LFSS pour 2012 avait introduit un article L.863-7 selon lequel : « *Bénéficiaire du label intitulé « Label ACS » les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'État, le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnée à l'article L. 182-3. Le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé* ».

Le Fonds CMU s'est fortement impliqué dans les travaux de mise en œuvre du label ACS préservant l'intérêt de tous les acteurs. La grande réticence de l'UNOCAM a conduit à une redéfinition du projet.

#### **■ L'architecture du dispositif proposée par le Fonds CMU**

Dès la parution de l'article 55, le Fonds CMU a réfléchi à un cadre de mise en œuvre du label ACS. Le Fonds CMU est parti du principe que le « contrat label ACS » constituerait le noyau du dispositif autour duquel pourraient s'articuler des contrats labellisables. Ce contrat proposerait un niveau minimum de garanties prédéfinies, dont le prix serait ajusté et plafonné selon les tranches d'âges retenues pour l'ACS.

Dans ce cadre, la liberté des acteurs serait assurée : on oriente le bénéficiaire mais on ne lui impose rien ; les OC de leur côté sont libres ou non d'entrer dans la démarche. Ce « modèle » serait proposé aux OC qui pourraient alors ou non soumettre à la labellisation un ou plusieurs contrats existants ou nouvellement créés.

Le travail initié par le Fonds CMU a été prolongé par une collaboration avec un cabinet d'actuaire qui a montré qu'il était possible de bâtir un contrat offrant les meilleures garanties au meilleur prix pour les bénéficiaires de l'ACS, sans distorsion avec le prix du marché.

L'objectif initial de ne pas dépasser un RAC sur le prix du contrat mensuel (aide ACS déduite) de 30 euros a été atteint (voir largement dépassé sauf pour les plus âgés). En replaçant le contrat dans un contexte où la très grande majorité des CPAM interviennent de manière complémentaire à l'ACS, le RAC sur le prix devient tout à fait acceptable.

### Encadré 15 : Le contrat label ACS (Fonds CMU) et le contrat "Harmonie"

#### I – Les garanties

	Contrat de référence label ACS (Fonds CMU)	Contrat ACS Harmonie
Honoraires généralistes	100%	100%
Honoraires spécialistes	100%	100%
Pharmacie	100%	100%
FJH	Illimité	Illimité (45 j en psy)
TM hospitalier	100%	100%
Couronne céramo métallique	300%	330%
Montures lunettes	50€ + remb SS	33€ + remb SS
2 verres simples	150€ + remb SS	110€ + remb SS
2 verres complexes	250€ + remb SS	188€ + remb SS
Appareil auditif (par appareil)	500€ + remb SS	350€ + 80€ + remb SS
Allocation obsèques	0 €	1 550 €

#### II – Prix et restes à charge (RAC) sur le prix

Annuel	Contrat de référence label ACS (Fonds CMU)		Contrat ACS Harmonie	
	Prix TTC	RAC TTC	Prix TTC	RAC TTC
Moins 16 ans	258 €	158 €	216 €	116 €
16-49 ans	340 €	140 €	360 €	160 €
50-59 ans	585 €	235 €	564 €	214 €
Plus de 60 ans	932 €	432 €	804 €	304 €

Mensuel	Contrat de référence label ACS (Fonds CMU)		Contrat ACS Harmonie	
	Prix TTC	RAC TTC	Prix TTC	RAC TTC
Moins 16 ans	22 €	13 €	18 €	10 €
16-49 ans	28 €	12 €	30 €	13 €
50-59 ans	49 €	20 €	47 €	18 €
Plus de 60 ans	78 €	36 €	67 €	25 €

### ■ *La mise en œuvre d'initiatives locales*

De nombreuses initiatives calées sur le même principe d'élaboration d'un contrat de référence pour les bénéficiaires de l'ACS ont émané des OC eux-mêmes : contrat Malakoff-Médéric, contrat ATD Quart-Monde, initiative de la CPAM de Saint-Lô où plusieurs OC ont répondu à un appel d'offre etc.

Plus récemment, cinq mutuelles (Adréa Mutuelle, Mutuelle Apréva, Eovi Mutuelle, Harmonie Mutuelle et la mutuelle Ociane) qui représentent près de 20 % des parts de marché au sein des mutuelles, se sont regroupées pour proposer une couverture complémentaire santé qui réponde aux besoins spécifiques de cette population en situation de précarité, à la fois en ce qui concerne les garanties et le prix du contrat. Après examen du projet, le Fonds CMU en a conclu que l'offre formulée par les 5 mutuelles était parfaitement cohérente avec le contrat de référence tel qu'il était ressorti de ses propres réflexions. Pour un niveau de garantie équivalent, ce contrat s'avère même plus avantageux pour les bénéficiaires en termes de prix. Il inclut par ailleurs au-delà une garantie obsèques très demandée au sein de cette population (cf. projet ATD Quart-Monde). Le contrat est réservé aux seuls bénéficiaires de l'ACS pour la durée de leur droit. D'autres mutuelles vont prochainement rejoindre l'initiative. À fin octobre 2013, 6 382 personnes ont souscrit à ce contrat avec une très forte montée en charge par rapport au mois de septembre (2 763 bénéficiaires).

Une autre initiative de même nature a été présentée par la mutuelle Intériale. Le projet est tout aussi « concurrentiel » pour le bénéficiaire (y compris la garantie obsèques). À la différence du projet « Harmonie », la formule serait ouverte à tous, selon les mêmes conditions sachant que pour la mutuelle, les entrants non ACS pourraient être moins consommateurs et intéressés par le prix très concurrentiel offert (calculé au plus juste au niveau des taux de chargement). Toutefois, le lancement de cette formule a été décalé dans l'attente du panier de soins à définir dans le cadre de la révision des contrats responsables.

### ■ *Les limites du projet de label ACS*

Le renforcement de l'attractivité du dispositif ACS passe par une amélioration sensible du rapport qualité-prix des contrats souscrits. Cette amélioration oblige en particulier à une réelle action sur le prix des contrats, ce que seule une réelle mise en concurrence permet d'obtenir. Ce point avait été rappelé par le HCAAM dans son rapport. A cet égard, l'impact du label sur le prix des contrats était incertain. De surcroît, l'hostilité marquée des représentants des OC à tout encadrement a conduit le législateur à retenir une procédure de mise en concurrence.

#### *2.2.2.2. La procédure de mise en concurrence*

Le 23 septembre 2013, dans le cadre de la présentation de la stratégie nationale de santé, la ministre Marisol Touraine, a précisé les modalités de la généralisation d'une complémentaire santé de qualité. À cette occasion, elle a annoncé : « *Nous organiserons l'accès à la complémentaire santé pour les bénéficiaires de l'ACS, sur la base d'un appel d'offre national* ».

Cette annonce a été mise en œuvre par l'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui prévoit la procédure de mise en concurrence. L'idée est de permettre aux organismes complémentaires de candidater à un avis d'appel à concurrence.

Les contrats sélectionnés devront offrir au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues pour les contrats solidaires et responsables, dont le contenu doit être par ailleurs revu.

La date de la mise en œuvre est fixée au 1er janvier 2015.

La mise en concurrence suppose la sélection d'un nombre limité d'OC. Les bénéficiaires actuels de l'ACS, dont les droits et/ou le contrat seront renouvelés en 2015 devront donc éventuellement choisir un autre contrat parmi les organismes sélectionnés. Ce basculement doit donc être anticipé et faire l'objet de la plus grande attention en dégagant les moyens de communication nécessaires et en mobilisant l'ensemble des acteurs.

**Proposition 8 : Définir le cahier des charges de la mise en concurrence des contrats ACS en tenant compte des travaux menés dans le cadre du label ACS.**

**Proposition 9 : Dans le cadre de la mise en concurrence des contrats ACS, généraliser le tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS (tiers payant sur la part obligatoire et tiers payant sur la part complémentaire).**

#### **Encadré 16 : L'avenant n° 8**

L'avenant n°8 du 25 octobre 2012, à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 26 juillet 2011 instaure une mesure clef pour les bénéficiaires de l'ACS puisque l'ensemble des médecins, y compris ceux exerçant en secteur 2 seront tenus de pratiquer leurs actes aux tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'ACS.

Est en effet ajouté un article 35.3 de la convention nationale rédigé dans les termes suivants :

*« Art. 35.3. Pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur à honoraires différents et titulaires du droit à dépassement permanent.*

*« Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.*

*« En outre, dans le contexte actuel de croissance économique faible, ces médecins s'engagent à modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la présente convention afin de garantir l'accès aux soins.*

*« De plus, en sus des situations déjà prévues par les textes réglementaires et la convention médicale (situations d'urgence médicale et soins délivrés aux patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire), les médecins susmentionnés pratiquent leurs actes aux tarifs opposables, pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article . L.863- 3 du code de la sécurité sociale. »*

Cette mesure, rendue applicable par la décision de l'UNCAM du 26 décembre 2012, parue au journal officiel du 13 février 2013, impacte directement la réflexion actuelle sur les contrats destinés aux bénéficiaires de l'ACS dans la mesure où ces derniers devront prévoir un niveau de remboursement fixé à 100 % (et pas davantage) des tarifs de responsabilité pour les honoraires des médecins en ville et à l'hôpital. Cette mesure justifie le traitement différencié pour les contrats des bénéficiaires de l'ACS sous-jacent aux réflexions actuelles. Il s'agit d'un élément très positif de maîtrise du prix des contrats. Il conviendra cependant d'être très attentif à sa bonne application sur le terrain. D'ores et déjà, dans le cadre de son enquête annuelle sur l'ACS, le Fonds CMU prévoit la remontée d'indicateurs de suivi de cette mesure. Ces indicateurs constituent un premier recueil d'information mais ils devront sans délai être complétés par d'autres indicateurs à remonter par les différents régimes.

Les régimes (CNAMTS, MSA, RSI) ont, pour leur part, mis en place des communications en direction des médecins

en envoyant fin février 2013, un courrier d'information générale à tous les médecins de Secteur 2 pour leur présenter ce dispositif.

En effet, l'obligation conventionnelle d'appliquer les tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'ACS est assortie de sanctions spécifiques pour « pratiques tarifaires excessives ». Les principes de sélection des pratiques tarifaires susceptibles d'être examinées par le biais de la nouvelle procédure conventionnelle comportent notamment que : « les médecins qui ne respecteraient pas les dispositions relatives à la pratique des tarifs opposables au bénéfice des patients bénéficiaires de la CMUC ou d'une attestation de droit à l'ACS, sont susceptibles d'être sélectionnés pour engagement de la procédure sur les pratiques tarifaires excessives. En effet, les médecins qui ne respecteraient pas l'opposabilité des tarifs pour les bénéficiaires de la CMUC ou d'une attestation de droit à l'ACS ont une pratique tarifaire dont la fréquence de dépassement et la variabilité des honoraires ne sont pas conformes à l'article 35.3 de la convention médicale. »

Désormais, des sanctions conventionnelles peuvent donc intervenir. Les premiers courriers d'avertissement (1ère phase de la procédure de sanction) ont été envoyés par les CPAM à partir de juin 2013

Fin octobre 2013, ce courrier d'avertissement a été adressé à 524 médecins dont :

- 335 à des médecins sélectionnés au regard du niveau de leur taux de dépassement moyen,
- 177 à des médecins sélectionnés au regard de leurs dépassements à des bénéficiaires de la CMUC,
- 12 à des médecins sélectionnés sur ces 2 critères simultanément.

Ce « nombre d'avertissement » serait un bon indicateur de suivi du respect de cette obligation.

**Proposition 10 :** Mettre en œuvre des indicateurs de suivi sur la bonne application de l'avenant n° 8 concernant l'opposabilité des tarifs aux bénéficiaires de l'ACS (nombre d'avertissements envoyés par les CPAM dans le cadre de la procédure conventionnelle de sanction).

### *2.2.2.3. Les réseaux de soins*

La proposition de loi déposée par le député Bruno Le Roux relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé, a été adoptée en lecture définitive par l'assemblée nationale le 19 décembre 2013.

Elle ouvre la faculté aux mutuelles de prévoir un remboursement différencié des soins selon que l'adhérent choisit ou non « de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention ». Cette proposition vise en fait à remettre toutes les familles de complémentaires sur un pied d'égalité.

Elle vise surtout à établir un cadre juridique commun à tous les conventionnements passés entre les organismes assureurs (mutuelles, IP, sociétés d'assurance) et les professionnels, établissements ou services de santé. Dans ce cadre, le nouvel article L. 863-8 du code de la sécurité sociale impose en premier lieu que ces conventionnements respectent les principes fondamentaux de notre système de santé (libre choix du professionnel de santé, égal accès aux soins, absence de différence dans les modalités de délivrance des soins). Le nouvel article L. 863-8 du code de la sécurité sociale fixe également clairement le champ ouvert au conventionnement et notamment au conventionnement tarifaire. Ainsi, il ne sera possible de moduler les remboursements que pour les chirurgiens-dentistes, les opticiens et les audioprothésistes. Ce ne sera pas le cas en revanche pour toutes les professions de santé où la

prise en charge par la sécurité sociale est majoritaire, en particulier les médecins. Par ailleurs, les conventionnements comportant un numerus clausus ne pourront concerner que le secteur de l'optique. Enfin, les conventionnements devront être institués sur le fondement de critères objectifs, transparents et non discriminatoires, répondant en ce sens à une demande de l'Autorité de la concurrence.

38 millions de personnes seraient aujourd'hui éligibles aux réseaux de soins proposés par les trois familles d'organismes complémentaires.

La Mutualité Française et la FFSA dans leur contribution au présent rapport, mettent en avant les réseaux pour une maîtrise des restes à charges des assurés.

La Mutualité considère que le rôle de régulation des mutuelles, notamment au travers de la mise en place de réseaux avec les professionnels de santé est essentiel pour l'accès aux soins.

La FFSA pour sa part rappelle que les appels d'offre des réseaux imposent systématiquement la possibilité de proposer une offre dite de « premier prix », de très bonne qualité, à l'ensemble des assurés. À travers ces réseaux, les professionnels du réseau s'engagent en faveur d'« un juste recours aux soins sans optimisation de la garantie ni surenchère d'options ou de prestations non essentielles ». Si la quasi-totalité des sociétés d'assurance proposent à leurs assurés l'accès à un réseau pour les équipements optique et audio, la situation est plus compliquée au niveau des prothèses dentaires et de l'orthodontie où les réseaux se mettent en place plus difficilement, ce qui limite les possibilités de réduction des restes à charge, même si elles développent par ailleurs des services d'information et de conseil, à la demande des assurés, sur les devis reçus.

### 2.2.3. La généralisation des contrats collectifs

Dans la partie précédente, nous avons mis en évidence le fait que la couverture complémentaire santé est un élément déterminant dans l'accès aux soins.

Aussi, une large diffusion de la couverture complémentaire santé apparaît souhaitable.

Le salariat favorise l'accès à la couverture complémentaire santé dans la mesure où 74 % des salariés se voient offrir une complémentaire santé par leur entreprise (*Perronnin, Pierre, Rochereau, 2012*).

Les couvertures complémentaires santé collectives offrent des avantages en termes de coût et de niveaux de garanties par rapport aux contrats individuels :

- leur coût global brut est plus faible à niveau de garantie identique (10 euros de moins par mois et par personne) du fait d'économies d'échelle et du pouvoir de négociation des entreprises (*Garnero, Rattier, 2009*) ;
- ces contrats font l'objet d'exonérations sociales et fiscales lorsqu'ils sont institués à titre obligatoire ;
- ils bénéficient aujourd'hui très souvent de la participation patronale et, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, cette participation sera systématique et au minimum de 50% de la cotisation.
- Ainsi, ces contrats sont plus avantageux en termes financiers que les couvertures individuelles tout en proposant des garanties, en moyenne, sensiblement supérieures.

Ces garanties sont donc un vecteur d'accès aux soins intéressant pour les individus ayant de faibles revenus, lorsqu'ils peuvent en bénéficier.

Néanmoins, ce mode de couverture exclut par nature des populations modestes voire précaires. L'accès à la couverture complémentaire santé d'entreprise est en effet réservé aux salariés. Les indépendants, les chômeurs, les inactifs et les retraités ne peuvent pas en bénéficier, sauf en tant qu'ayant-droit d'une personne titulaire d'un contrat collectif.

Par ailleurs, les salariés ayant un niveau de salaire élevé et des catégories professionnelles supérieures se voient plus souvent proposer ce type de contrat que les salariés moins qualifiés et ayant un niveau de salaire plus faible. Environ 73 % des employés, des professions intermédiaires et des ouvriers déclarent avoir accès à une complémentaire santé par le biais de leur établissement, contre 80 % des cadres ; 71 % des individus ayant un salaire mensuel net entre 1 065 € et 1 468 € se voient proposer une couverture par leur établissement contre respectivement 82 % et 90 % parmi ceux ayant un salaire mensuel net entre 1 469 € et 1 941 € et entre 1 942 € et 2 763 € (*Perronnin, Pierre, Rochereau, 2012*).

La généralisation de la couverture santé obligatoire d'entreprise à tous les salariés à horizon de 2016 prévue par l'ANI, devrait surtout concerner les PME et TPE, où les salaires généralement plus faibles que dans les autres entreprises (moyennes mais surtout grandes entreprises). Cela risque d'augmenter le nombre de salariés couverts collectivement qui sont potentiellement éligibles à l'ACS, a fortiori compte tenu du récent relèvement du plafond d'attribution.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier qu'en l'état actuel des textes, l'ACS ne s'applique pas aux contrats collectifs obligatoires du fait des exonérations fiscalosociales dont ils bénéficient déjà.

Des dispenses d'affiliation sont prévues par le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 qui dispose que l'acte juridique instituant les garanties collectives obligatoires, peut, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime, prévoir notamment, une dispense d'adhésion au contrat collectif obligatoire, pour les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS qui ne peut s'exercer que jusqu'à l'échéance du droit à l'ACS ou de la CMU-C.

La circulaire N°DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 est venue préciser ces dispenses pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS en indiquant que cette faculté de dispense peut s'exercer jusqu'à ce que le droit CMU-C ou ACS dont bénéficie le salarié cesse et indépendamment de la date à laquelle la situation personnelle du salarié vient à le faire bénéficier de cette aide. Concrètement, cette dispense doit être prévue dans le contrat collectif et dans le cas où elle est prévue, le salarié peut retenir l'option la plus avantageuse pour lui. Dans le cas contraire, le bénéfice de l'ACS est inopérant puisque le salarié est obligé de souscrire au contrat collectif. Il aura cependant accès à une couverture collective qui présente un rapport qualité/prix supérieur à un contrat individuel.

### Encadré 17 : L'accord national interprofessionnel

L'ANI du 11 janvier 2013 transposé dans la loi du 14 juin 2013 comporte 4 dispositions essentielles :

Une généralisation au niveau de la branche ou, à défaut, de l'entreprise qui doit être effective au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Une couverture complémentaire santé financée à minima à hauteur de 50 % de la cotisation. A défaut d'accord de branche ou d'entreprise, l'employeur doit mettre en place une couverture minimale : 100 % de la base de remboursement pour les consultations, actes techniques et pharmacie en ville et à l'hôpital, le forfait hospitalier, 125 % de la base de remboursement des prothèses dentaires et un forfait optique de 100 € par an.

L'obligation pour les contrats d'être solidaires et responsables (en conformité avec les nouvelles règles en cours de redéfinition).

L'amélioration et la généralisation de la portabilité de la couverture santé et prévoyance pour les anciens salariés demandeurs d'emploi par recours à la mutualisation.

Le HCAAM dans son rapport de juillet 2013 sur « la généralisation de la couverture complémentaire en santé » évoque un triple enjeu de l'ANI :

- l'extension de la couverture collective à tous les salariés, dont les branches ou les entreprises en étaient dépourvues ;
- l'inclusion dans les accords des salariés les plus précaires et les plus modestes (CDI à temps partiel, CDD, salariés en situation particulière – congés parentaux, malades de longue durée). Il s'agit là d'une population susceptible d'être éligible à l'ACS. En l'état actuel de la législation, en souscrivant un contrat collectif obligatoire, ces personnes perdraient le bénéfice de l'ACS ;
- la portabilité effective de la complémentaire santé collective aux chômeurs.

Le rapport estime que l'extension de la couverture collective concernerait près d'un quart des salariés : 400 000 salariés actuellement non couverts et près de 4 millions de salariés couverts en individuel (ou comme ayant droit de leur conjoint fonctionnaire).

La mise en place de l'ANI se traduirait par un coût situé entre 2 et 2,5 milliards pour les finances publiques.

## **2.3. Les aides financières**

### **2.3.1. Les aides extra légales versées par les CPAM**

En 2012, les dispositifs locaux d'aides complémentaires à l'ACS et d'aides visant à atténuer l'effet de seuil de l'ACS ont poursuivi et amplifié leur progression : le nombre de bénéficiaires a augmenté de + 61 % (+ 48 % entre 2010 et 2011) par rapport à 2011, les montants accordés de + 48 % (+ 41 % entre 2010 et 2011).

La dépense totale représente désormais 39 % de la dotation paramétrique des CPAM (30 % en 2011, 23 % en 2010).

On est en situation de généralisation puisque seule une caisse n'est pas concernée.

On rappellera que 2 types d'aides sont proposés par les caisses dans ce cadre : l'aide qui vient compléter le montant d'ACS accordé (les compléments ACS) et l'aide destinée aux personnes dont les ressources dépassent le plafond prévu pour l'ACS (les aides « effet de seuil »).

72 CPAM ont développé les 2 dispositifs « Compléments ACS » et « Effet de seuil » (67 en 2011). 29 CPAM (32 en 2011) présentent un seul dispositif : 28 CPAM le « Complément ACS » et une l' « Effet de seuil ».

#### **- Les compléments ACS en 2012 :**

100 CPAM ont développé cette aide qui connaît la plus forte progression : 284 000 bénéficiaires (+ 73 %), 29 millions d'euros (+ 63 %).

Son montant moyen s'élève à 104 euros.

Sur 100 CPAM concernées, 68 ont un dispositif proposant systématiquement cette aide.

Les caractéristiques de la nature de l'aide allouée varient. Ainsi, 58 CPAM modulent leur aide en fonction de l'âge. 46 CPAM déterminent le montant de l'aide en appliquant un pourcentage du montant de l'ACS. 47 CPAM limitent leur aide dans le temps (à une année pour 27 d'entre elles). On notera enfin que 24 CPAM ne visent qu'une seule classe d'âges. 58 % des bénéficiaires sont primo demandeurs ACS et seulement 34 % sont déjà titulaires d'une complémentaire santé.

#### **- Les aides « Effet de seuil » :**

72 CPAM ont mis en place ce type d'aide qui concerne 40 773 bénéficiaires (+ 9 %), pour un montant de 8,5 millions d'euros (+ 11 %). Son montant moyen s'élève à 210 euros, soit le double par rapport aux compléments ACS.

20 % des CPAM fixent le plafond de revenu pour l'octroi de l'aide aux barèmes appliqués dans le cadre des autres aides supplémentaires versées par les caisses, 18 % à « plafond CMU-C + 50 % », 17 % à « plafond CMU-C + 40 % », 7 % à « au-delà de plafond CMU-C + 50 % », 7 % au cas par cas.

*NB : les aides versées par les caisses de MSA sont abordées dans la partie suivante 2.3.2. Les autres aides financières individuelles.*

### **2.3.2. Les autres aides financières individuelles**

Le Fonds CMU a interrogé les régimes d'assurance maladie et l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale afin de savoir quel était leur champ d'intervention au-delà des aides légales et des aides supplémentaires à l'ACS et notamment comment étaient aidées les personnes non éligibles aux dispositifs légaux d'aide à l'accès aux soins.

#### **2.3.2.1. Les aides des caisses d'assurance maladie**

##### **■ Enquête sur les aides d'accès aux soins accordées par l'action sanitaire et sociale du régime général du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2012**

En 2012, 28,9 % des aides accordées concernent le dentaire (hors orthodontie) pour un montant moyen de 565 €.

Les aides les moins attribuées concernent l'auditif mais elles représentent le montant moyen le plus élevé : 793 €.

27% des bénéficiaires sont des retraités, 23 % des salariés.

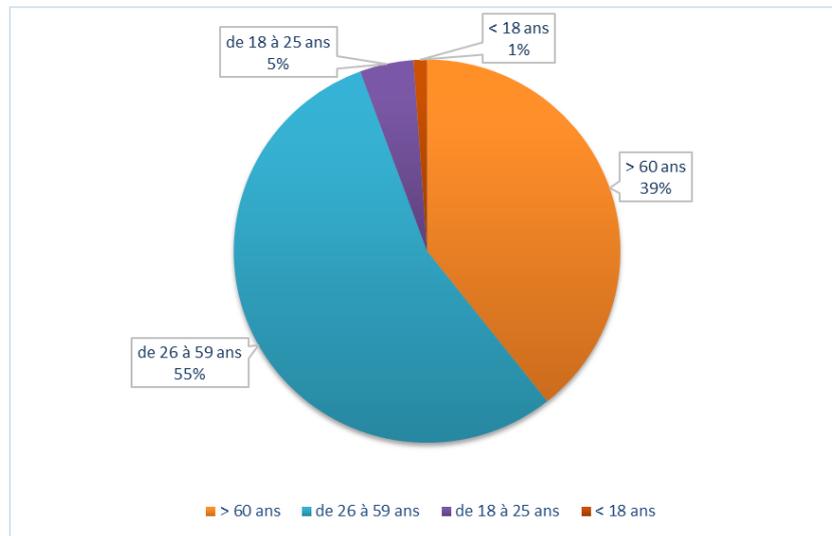
*Montant et répartition des aides accordées en 2012*

	Aides attribuées		Montant des aides		Montant moyen par type d'aides
	nombre	répartition	montant	répartition	
<b>Aides financières individuelles optique</b>	10 921	12,3%	1 943 211 €	6,4%	178 €
<b>Aides financières individuelles dentaires hors orthodontie</b>	25 648	28,9%	14 485 035 €	48,1%	565 €
<b>Aides financières individuelles orthodontie</b>	7 536	8,5%	1 831 152 €	6,1%	243 €
<b>Aides financières individuelles auditif</b>	4 704	5,3%	3 728 417 €	12,4%	793 €
<b>Aides financières individuelles pharmacie / LPP</b>	10 761	12,1%	1 147 010 €	3,8%	107 €
<b>Aides financières individuelles hospitalisation</b>	14 515	16,4%	4 660 716 €	15,5%	321 €
<b>Aides financières individuelles autres</b>	14 630	16,5%	2 341 410 €	7,8%	160 €
<b>Aide financière exceptionnelle (secours)</b>	0	0,0%	0 €	0,0%	-
<b>Total</b>	<b>88 715</b>	<b>100,0%</b>	<b>30 136 951 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>340 €</b>

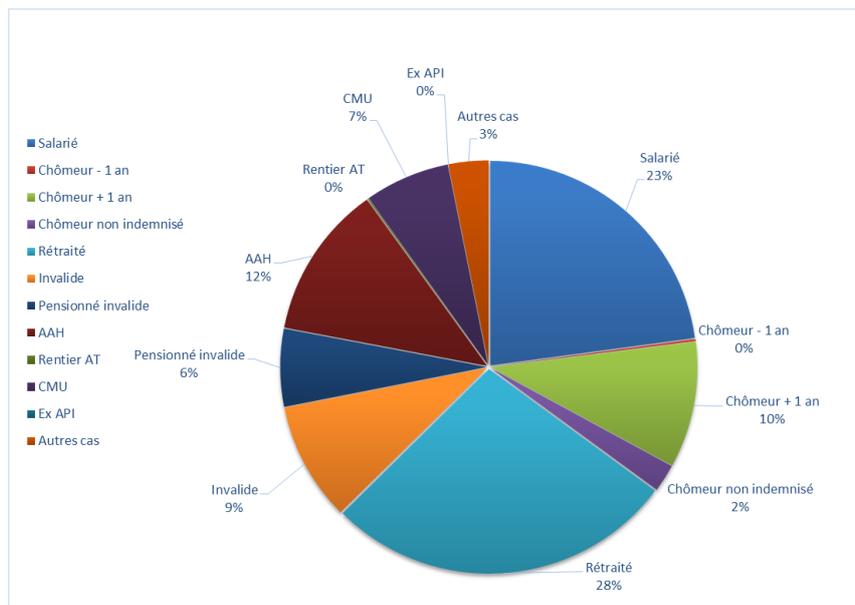
Source : CNAMTS

## Structure des bénéficiaires des aides d'accès aux soins

### Répartition par âge



### Répartition par régime de l'ouvreur de droit



Source : CNAMTS

## ■ Enquête sur les aides financières individuelles accordées par l'action sanitaire et sociale et destinées à améliorer l'accès aux soins des ressortissants de la MSA

La MSA a interrogé 35 caisses, 31 caisses ont retourné le questionnaire, 1 questionnaire n'était pas exploitable.

### Concernant les aides à l'acquisition d'une complémentaire santé

Huit caisses attribuent une prestation extra légale à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Parmi elles, deux attribuent également des aides financières ponctuelles. Une MSA attribue une aide complémentaire spécifique aux personnes handicapées ; une MSA attribue une aide à la souscription d'une assurance complémentaire indemnités journalières pour les non-salariés agricoles (NSA).

#### *Répartition des bénéficiaires*

	16 – 25 ans	26 – 62 ans	> 62 ans	Total (MSA ayant renseigné tranches d'âge)	Total global (toutes MSA répondantes)
<b>Salariés agricoles</b>	2	135	166	<b>303</b>	<b>303</b>
<b>Non salariés agricoles</b>	6	85	240	<b>331</b>	<b>345</b>
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>220</b>	<b>406</b>	<b>634</b>	<b>648</b>

Source : CCMSA

#### *Montant des aides*

	16 – 25 ans	26 – 62 ans	> 62 ans	Total (MSA ayant renseigné tranches d'âge)	Total global (toutes MSA répondantes)
<b>Salariés agricoles</b>	192	23 345	46 512	<b>70 049</b>	<b>70 049</b>
<b>Non salariés agricoles</b>	1 050 €	17 616 €	72 524 €	<b>91 190 €</b>	<b>100 290 €</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1 242 €</b>	<b>40 961 €</b>	<b>119 036 €</b>	<b>161 239 €</b>	<b>170 339 €</b>

Source : CCMSA

Le nombre de caisses accordant une prestation d'ACS est stable depuis 3 ans.

Le montant moyen accordé par bénéficiaire est de 263 €.

Il varie selon la caisse entre 154 € et 650 €.

### Concernant les aides à la prise en charge du reste à charge sur prestations

Seize MSA accordent une aide à la prise en charge du RAC après remboursement légal et complémentaire dont 1 MSA uniquement aux NSA.

Pour deux caisses sur trois, les conditions d'attribution sont fonction de la situation sociale, familiale et des ressources. La participation des caisses est définie après évaluation (70 % des cas) ou forfaitaire (30% des cas).

### Répartition des bénéficiaires

	16 – 25 ans	26 – 62 ans	> 62 ans	Total (MSA ayant renseigné tranches d'âge)	Total global (toutes MSA répondantes)
<b>Salariés agricoles</b>	36	332	317	<b>685</b>	<b>925</b>
<b>Non-salariés agricoles</b>	3	107	500	<b>610</b>	<b>1 045</b>
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>439</b>	<b>817</b>	<b>1 295</b>	<b>1 970</b>

Source : CCMSA

### Montant des aides

	16 – 25 ans	26 – 62 ans	> 62 ans	Total (MSA ayant renseigné tranches d'âge)	Total global (toutes MSA répondantes)
<b>Salariés agricoles</b>	8 295	141 189	133 333	<b>282 817</b>	<b>375 712</b>
<b>Non-salariés agricoles</b>	611 €	48 147 €	220 618 €	<b>269 376 €</b>	<b>442 288 €</b>
<b>TOTAL</b>	<b>8 906 €</b>	<b>189 336 €</b>	<b>353 951 €</b>	<b>552 193 €</b>	<b>818 000 €</b>

Source : CCMSA

Le montant moyen accordé par bénéficiaire est de 415 € ; Il varie, selon la caisse, entre 199 € et 731 €.

Concernant les types de soins concernés par des aides à la prise en charge du RAC après remboursement légal et complémentaire

### Fréquence bénéficiaires / types de soins (\*)

	16 – 25 ans	26 – 62 ans	> 62 ans	Total (MSA ayant renseigné tranches d'âge)
<b>Prothèses dentaires</b>	0,8%	13,1%	12,6%	26,6%
<b>Cures thermales</b>	0,1%	4,1%	17,5%	21,6%
<b>Appareillage auditif</b>	0,1%	2,3%	16,9%	19,3%
<b>Forfait hospitalier</b>	0,4%	4,9%	6,9%	12,2%
<b>Optique</b>	0,2%	6,1%	5,1%	11,4%
<b>Autres</b>	0,8%	6,2%	1,9%	8,9%
<b>TOTAL</b>	2,4%	36,7%	60,9%	100,0%

Source : CCMSA

(\*) Fréquence du nombre de bénéficiaires de chaque classe d'âge rapporté au nombre total de bénéficiaires

La classe d'âge > 62 ans représente près des 2/3 de l'ensemble des bénéficiaires.

Les soins aidés sont principalement par fréquence de bénéficiaires : les prothèses dentaires, les cures thermales et l'appareillage auditif. Les frais d'optiques n'apparaissent qu'en 5<sup>ème</sup> position.

Les personnes aidées pour l'achat de prothèses dentaires sont représentées de manière égale entre les classes d'âges 26 – 62 ans et > 62 ans.

Le montant le plus élevé pris en charge par bénéficiaire concerne l'appareillage auditif.

Parmi les autres types de soins pris en charge par l'action sanitaire et sociale des MSA, sont cités le plus fréquemment :

- les transports (liés à l'éloignement des spécialistes et des structures de soins),
- les consultations de psychologue, de psychothérapeute,
- la pharmacie et les frais médicaux non remboursables,
- les frais d'incontinence.

93 % des MSA répondantes accordent des aides exceptionnelles ou ponctuelles, en cas d'absence de prestation extralégale.

### Répartition du nombre de bénéficiaires et des montants accordés en 2011

	NOMBRE DE BENEFICIAIRES					MONTANT DES PRESTATIONS				
	16-25 ans	26-62 ans	> 62 ans	Total (MSA ayant renseigné tranches d'âge)	TOTAL général	16-25 ans	26-62 ans	> 62 ans	Total (MSA ayant renseigné tranches d'âge)	Total (toutes MSA répondantes)
<b>Optique : 100 % des MSA répondantes</b>	88 % des MSA répondantes					88 % des MSA répondantes				
Salariés agricoles	6	143	75	224	254	824 €	33 175 €	16 684 €	50 683 €	56 654 €
Non salariés agricoles	2	66	99	167	204	331 €	20 337 €	27 322 €	47 990 €	54 240 €
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>209</b>	<b>174</b>	<b>391</b>	<b>458</b>	<b>1 155 €</b>	<b>53 512 €</b>	<b>44 006 €</b>	<b>98 673 €</b>	<b>110 894 €</b>
<b>Appareillage auditif : 92 %</b>	87 %					87 %				
Salariés agricoles	2	54	151	207	235	2 100 €	32 156 €	86 661 €	120 917 €	139 590 €
Non salariés agricoles	1	25	429	455	552	500 €	13 885 €	237 708 €	252 093 €	323 793 €
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>79</b>	<b>580</b>	<b>662</b>	<b>787</b>	<b>2 600 €</b>	<b>46 041 €</b>	<b>324 369 €</b>	<b>373 010 €</b>	<b>463 383 €</b>
<b>Prothèses dentaires : 96 %</b>	88 %					88 %				
Salariés agricoles	21	348	175	544	646	8 226 €	160 559 €	82 378 €	251 163 €	302 421 €
Non salariés agricoles	8	102	257	367	464	2 958 €	61 123 €	122 591 €	186 672 €	238 566 €
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>450</b>	<b>432</b>	<b>911</b>	<b>1110</b>	<b>11 184 €</b>	<b>221 682 €</b>	<b>204 969 €</b>	<b>437 835 €</b>	<b>540 987 €</b>
<b>Cures thermales : 61 %</b>	81 %					81 %				
Salariés agricoles	2	53	123	178	247	487 €	9 753 €	19 567 €	29 807 €	39 979 €
Non salariés agricoles	1	86	475	562	1047	900 €	17 608 €	70 924 €	89 432 €	152 007 €
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>139</b>	<b>598</b>	<b>740</b>	<b>1294</b>	<b>1 387 €</b>	<b>27 361 €</b>	<b>90 491 €</b>	<b>119 239 €</b>	<b>191 986 €</b>
<b>Forfait hospitalier : 96 %</b>	92 %					92 %				
Salariés agricoles	10	136	113	259	311	3 458 €	55 673 €	42 901 €	102 032 €	123 577 €
Non salariés agricoles	2	31	125	158	208	761 €	19 687 €	54 677 €	75 125 €	100 945 €
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>167</b>	<b>238</b>	<b>417</b>	<b>519</b>	<b>4 219 €</b>	<b>75 360 €</b>	<b>97 578 €</b>	<b>177 157 €</b>	<b>224 521 €</b>
<b>Dépenses autres : 69 %</b>	89 %					89 %				
Salariés agricoles	21	166	19	206	267	6 627 €	60 770 €	6 487 €	73 884 €	97 930 €
Non salariés agricoles	6	46	46	98	183	2 950 €	17 742 €	15 617 €	36 309 €	93 025 €
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>212</b>	<b>65</b>	<b>304</b>	<b>450</b>	<b>9 577 €</b>	<b>78 512 €</b>	<b>22 104 €</b>	<b>110 193 €</b>	<b>190 955 €</b>

Source : CCMSA

### Concernant les aides accordées pour les dépenses non prises en charge par l'assurance maladie

23 caisses, soit 77 % des MSA attribuent une prestation pour le financement des dépenses de soins non pris en charge par l'Assurance maladie.

### Répartition des bénéficiaires

	16 – 25 ans	26 – 62 ans	> 62 ans	Total (MSA ayant renseigné tranches d'âge)	Total global
<b>Salariés agricoles</b>	51	195	128	<b>374</b>	<b>424</b>
<b>Non salariés agricoles</b>	9	141	436	<b>586</b>	<b>664</b>
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>336</b>	<b>564</b>	<b>960</b>	<b>1 088</b>

Source : CCMSA

### Montant des aides

	16 – 25 ans	26 – 62 ans	> 62 ans	Total (MSA ayant renseigné tranches d'âge)	Total global
<b>Salariés agricoles</b>	20 782	61 592	34 336	<b>116 710</b>	<b>133 379</b>
<b>Non salariés agricoles</b>	2 615 €	53 791 €	106 779 €	<b>163 185 €</b>	<b>189 336 €</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23 397 €</b>	<b>115 383 €</b>	<b>141 115 €</b>	<b>279 895 €</b>	<b>322 715 €</b>

Source : CCMSA

Le montant moyen accordé par bénéficiaire est de 297 €.

Il varie, selon la caisse, entre 88 € et 542 €.

#### 2.3.2.2. Les aides des CCAS et CIAS

Le Fonds CMU et l'UNCCAS (Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale) se sont associés dans l'élaboration d'une enquête<sup>61</sup> menée auprès de plusieurs CCAS (centres communaux d'action sociale) et CIAS (centres intercommunaux d'action sociale), afin d'obtenir des éléments concernant les aides relatives aux besoins de santé octroyées par ces institutions, ainsi que leurs actions en matière d'accès aux soins.

L'enquête a été lancée en septembre 2013, elle a été conçue en deux parties :

- un questionnaire général adressé à 3 000 centres d'action sociale adhérents à l'UNCCAS (sur un total de 3 940), portant sur les différentes modalités d'implication des CCAS et des CIAS dans les actions visant à favoriser l'accès aux soins,
- un questionnaire relatif aux caractéristiques des demandeurs d'une aide financière pour l'accès aux soins, adressé aux 930 autres centres d'action sociale adhérents.

Les résultats laissent apparaître que 59 % des CCAS engagés dans le domaine de l'accès à la santé déclarent attribuer des aides financières. Parmi eux, 73 % des CCAS attribuent des aides liées à l'achat de petits appareillages (prothèses auditives, orthodontie, lunettes), ils sont 70 % à octroyer des aides visant au financement d'une complémentaire santé (pour des personnes ne bénéficiant pas de l'ACS).

68 % des personnes sollicitant une aide financière pour l'accès aux soins auprès des CCAS sont des femmes, 42 % de ces personnes sont retraitées. La moitié des demandeurs a des ressources mensuelles comprises entre 500 et 1000 €.

<sup>61</sup> L'étude est disponible sur [www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php](http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php)

57 % des CCAS investis dans le champ de la santé déclarent mettre en place des actions spécifiques en la matière.

Les actions les plus fréquentes sont : l'orientation vers un autre acteur de santé, les actions d'information, l'instruction des demandes d'aides légales, les actions de prévention sont mentionnées par plus de la moitié des répondants...

L'aide légale la plus fréquemment instruite par les CCAS est la CMU de base (citée par 96 % des CCAS effectuant des instructions d'aides légales), suivie de près par la CMU-C (92 %). L'ACS est mentionnée par trois quarts des répondants concernés (75 %).

Près de la moitié des CCAS investis dans le champ de la santé déclare avoir mis en place un partenariat avec un autre acteur de la santé.

La CPAM arrive en tête des organismes cités (près de la moitié des CCAS déclarant un partenariat) ; dans la moitié des cas il s'agit d'une déclinaison locale de la convention CNAMTS/UNCCAS signée en avril 2013 évoquée plus longuement supra. Viennent ensuite les associations (18 %) et les mutuelles (15 %).

Une rapide approche des propositions du rapport relatives à l'amélioration des dispositifs légaux existants permet de distinguer deux axes : une meilleure information des personnes et une simplification administrative des dispositifs et notamment des procédures d'instruction.

### *2.3.2.1. Les aides des organismes complémentaires*

Les OC eux-mêmes peuvent à leur propre initiative mettre en place des aides ciblées en direction des personnes à faibles revenus.

BTP-Prévoyance a par exemple mis en place un dispositif d'accompagnement des retraités dont les ressources sont limitées. Il poursuit 3 objectifs :

- permettre à tout adhérent dont les ressources sont limitées (bénéficiaires de l'ACS, personnes non imposables ou en situation de dépendance) de conserver sa couverture antérieure s'il le souhaite ;
- ne pas considérer l'ACS comme un dispositif isolé mais l'intégrer dans un cadre social plus global par la prise en compte des problématiques liées au passage à la retraite, aux situations de dépendance et aux effets de seuil de l'ACS ;
- aider ces personnes en limitant leurs cotisations plutôt que créer un contrat spécifique dans la mesure où selon BTP-Prévoyance : « Les retraités à ressources limitées doivent avoir le droit d'accéder aux mêmes couvertures (de qualité) que tous les autres retraités ».

Des réductions de cotisations sont prises en compte pour les personnes suivantes (montants mensuels) :

- personnes dépendantes : de – 50 euros – 20 euros selon le niveau de dépendance ;
- à défaut pour les bénéficiaires de l'ACS : - 15 euros pour un célibataire et – 20 euros pour un couple ;
- à défaut pour les bénéficiaires de l'allocation ARRCO avec exonération de GSG-CRDS (effet de seuil ACS) : - 7,5 euros pour un célibataire et – 10 euros pour un couple ;

- à défaut pour les salariés ayant fait l'essentiel de leur carrière dans le BTP (ancienneté supérieure à 30 ans) : - 4 euros pour un célibataire et - 6,5 euros pour un couple.

En complément, lorsqu'elles passent à la retraite, les personnes bénéficiaires de l'ACS bénéficient de 6 mois de cotisations gratuites si elles sortent d'une couverture collective d'entreprise.

En 2014, le budget consacré à ces aides s'établit à 27 millions d'euros (pour 417 millions d'euros de cotisations) dont la part « ACS BTP Prévoyance » ne représente qu'un peu plus d'un million d'euros. BTP-Prévoyance conclut de ces chiffres que l' « on ne peut isoler l'ACS de la problématique sociale globale ».

### 3. L'ACCÈS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESTE INÉGALITAIRE ET DES RÉFORMES DOIVENT ÊTRE ENGAGÉES À L'ÉGARD DES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ OU DE PRÉCARITÉ

#### 3.1.1. Les réflexions en cours

Les démarches liées à une demande d'attribution de la CMU-C ou de l'ACS sont jugées par tous comme étant très complexes. Les formulaires sont longs à compléter, difficiles à comprendre, autant pour les travailleurs sociaux que pour les assurés. Les pièces justificatives sont fastidieuses à réunir et leur absence engendre souvent un nombre important d'allers-retours entre les demandeurs et les caisses d'assurance maladie.

Du côté des professionnels, le constat est identique, les caisses d'assurance maladie en charge de l'instruction des demandes et de l'attribution du droit, déplorent la lourdeur des dossiers et la charge de travail qu'elle engendre.

Principalement, trois pistes d'amélioration sont récurrentes. Elles portent sur la simplification des dossiers, la simplification liée à la prise en compte des ressources, la simplification des échanges.

##### 3.1.1.1. *La simplification du dossier*

La demande de la CMU-C et l'ACS est un dossier jugé plutôt complexe. Ses huit pages (notice et demande d'information), peuvent être rédhibitoires pour un demandeur, d'autant plus si cette personne ne maîtrise pas bien la lecture et l'écriture.

Chaque information contenue dans le formulaire : identité, adresse de résidence, stabilité de la résidence, régularité du séjour, composition familiale, ressources perçues au cours des douze derniers mois... doit donner lieu à la fourniture d'une ou plusieurs pièces justificatives.

Ainsi la multiplicité des pièces justificatives à produire peut constituer des obstacles dans la finalisation de la demande.

Sur proposition du Fonds CMU et en collaboration avec l'EN3S<sup>62</sup>, une recherche action a été menée au cours de l'année 2012 par les élèves de la 51<sup>ème</sup> promotion sur le thème de la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C. Cette étude a été réalisée en partenariat avec la CPAM du Rhône. Un questionnaire a été envoyé à 6 145 bénéficiaires de la CMU-C.

---

<sup>62</sup> La mesure de la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C sur les plans administratif et sanitaire – Juin 2013 – disponible sur [www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php](http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php)

L'objectif de cette recherche-action a été de mesurer pour les bénéficiaires de la CMU-C, la satisfaction administrative et la satisfaction sanitaire.

À la question « *Dans quel(s) domaine(s) des améliorations vous semblent-elles souhaitables ?* », 20 % des répondants ont cité « *le nombre des pièces justificatives à fournir* »<sup>63</sup>.

Ce résultat corrobore une attente connue de tous les acteurs et également évoquée dans le rapport sur l'accès aux soins des plus démunis remis au Gouvernement par la sénatrice Aline Archimbaud le 24 septembre 2013 : la nécessité de simplifier le formulaire de demande CMU-C/ACS.

Au-delà du formulaire lui-même, cette simplification s'envisage également par deux types d'actions :

- réduire le nombre de pièces justificatives en favorisant l'échange des informations entre administrations ;
- fournir un meilleur accompagnement au remplissage du dossier, par la mise en place d'un tutoriel interactif.

La ministre déléguée en charge de la lutte contre l'exclusion a annoncé en fin d'année 2013, vouloir mettre en place un "dossier simplifié" pour les bénéficiaires des minima sociaux en précisant que ce projet sera « *compliqué à mettre en œuvre car il faudra déroger aux procédures mises en place dans chaque administration* ».

Lors de la recherche-action menée en 2013 en Seine et Marne et Loire-Atlantique, un dossier de demande simplifié de l'ASPA, sans demande de pièces justificatives, a été testé auprès de personnes ciblées comme étant potentiellement éligibles : le recours a augmenté de 27 points.

Le dossier de demande simplifié concernera plusieurs prestations sociales : l'ASS (allocation de solidarité spécifique), e RSA (revenu de solidarité active), l'ASPA (allocation de solidarité pour les personnes âgées), la CMU (base et complémentaire), l'ACS et les allocations logement (notamment les APL).

L'expérimentation du "dossier de demande simplifiée" sera lancée dans les territoires de Seine et Marne et Loire-Atlantique dans le courant du premier trimestre 2014.

Proposition 11 : Suivre l'expérimentation d'un dossier de demande simplifié pour les bénéficiaires de minima sociaux.

### *3.1.1.2. La simplification liée aux ressources prises en compte*

#### ■ ***La modification des conditions d'attribution***

Les ressources prises en compte pour l'étude du droit à la CMU-C et à l'ACS sont celles des douze mois précédant la demande. Le demandeur doit fournir un justificatif pour chaque mois de la période de référence. Réunir ces justificatifs pour l'ensemble du foyer peut être laborieux

---

<sup>63</sup> 18 % concerne le délai de réponse, 17 % la compréhension des formulaires, 16 % l'accompagnement dans les démarches, 15 % l'information sur la CMU-C et 14 % l'information par la CPAM sur l'état d'avancement de votre demande. Rapport disponible sur le site du Fonds CMU : [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)

dans les situations de travail précaire : missions de travail temporaires, employeurs multiples, CDD...

Une voie de simplification consiste à ne plus se baser sur les ressources des douze derniers mois, mais sur l'année civile afin de s'aligner sur la période de référence prise en compte pour l'étude du droit aux prestations familiales et aux aides aux logements.

Si elle simplifie les pièces à fournir, cette mesure engendre un décalage important entre la situation financière de l'intéressé au moment de la demande et la situation telle qu'elle l'était au moment de la déclaration fiscale. Par exemple, pour une demande déposée au 1<sup>er</sup> mars 2014, les revenus pris en compte seraient ceux de l'année 2012.

Une telle simplification devra être accompagnée d'un dispositif permettant aux personnes dont la situation s'est dégradée rapidement de pouvoir bénéficier d'abattements spécifiques sur la prise en compte de leurs ressources.

Une étude pilotée par la direction de la sécurité sociale, en collaboration avec le SGMAP (Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique) va encore plus loin que l'harmonisation de la période de référence et vise à identifier les avantages et les inconvénients de l'alignement des conditions d'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS sur celles en vigueur pour les prestations familiales et les aides au logement.

*Les avantages :*

- la simplification des démarches pour les utilisateurs qui n'auraient plus qu'une déclaration de ressources à renseigner ;
- l'allègement des coûts de gestion (charge de gestion et coût en personnel) pour les caisses d'assurance maladie car il n'y aurait pas de nouvel examen des ressources ;
- l'extension des possibilités de contrôle en facilitant la vérification des fraudes (échanges avec la Direction générale des Finances publiques).

*Les freins identifiés susceptibles d'être résolus :*

Pour les personnes qui ne seraient pas connues des CAF et pour lesquelles l'instruction incomberait à la CPAM, il sera nécessaire d'obtenir les données relatives aux ressources et celles relatives à la situation du demandeur au regard de certaines ressources (hors prestations sous conditions de ressources versées par la CAF), ces informations étant seulement déclarées par le demandeur au moment de la demande. Cela suppose donc des échanges de données entre les caisses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes (y compris petits régimes spéciaux) et la DGFIP ; les CAF pour les prestations qui ne sont pas sous conditions de ressources (dans la mesure où elles auraient un impact sur les conditions d'éligibilité), les caisses de retraites : à défaut d'échanges, le RNCPS contient les informations sur la perception de la pension, mais pas sur son montant et Pôle emploi.

**Proposition 12 :** Suivre l'étude menée sur l'alignement des conditions d'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS sur celles en vigueur pour les prestations familiales et les aides au logement. Mettre en évidence les situations susceptibles de poser problème en réalisant une étude pour déterminer les cas de figure « gagnants – perdants » et l'impact financier.

### ■ *La suppression du filtre préalable à l'examen des demandes des non-salariés*

L'admission à l'examen d'une demande de CMU-C ou d'ACS provenant d'un travailleur non salarié est soumise à des conditions en l'absence desquelles la caisse ne peut procéder à l'étude des droits sans avis préalable du préfet.

Pour les travailleurs indépendants non agricoles, les conditions sont :

- relever de l'impôt sur le revenu dans la catégorie de BIC-BNC,
- avoir un dernier chiffre d'affaires annuel connu hors taxes n'excédant pas le montant correspondant aux limites fiscales du régime de la micro entreprise.

Pour les travailleurs agricoles, les conditions sont :

- relever du régime de l'évaluation forfaitaire de bénéfice,
- avoir un dernier bénéfice forfaitaire d'exploitation n'excédant pas 1030 fois le montant du SMIC.

Si les conditions sont remplies la caisse peut étudier les revenus sur la base des éléments décrits aux articles R. 861-14 ou R. 861-15 du code de la sécurité sociale.

En revanche, si les conditions ne sont pas remplies, la caisse notifie un refus et indique au demandeur qu'il peut produire, auprès du préfet, des éléments de nature à établir que les ressources du foyer n'excèdent pas le plafond d'attribution de la CMU-C ou de l'ACS. Le préfet fait alors procéder à l'examen des droits (article R. 861-13 du code de la sécurité sociale).

Depuis plusieurs années, la MSA et le RSI, avec le soutien du Fonds CMU, ont sollicité auprès des pouvoirs publics, la suppression de cette procédure. En effet, cette procédure est complexe, et le recours au préfet peut être dissuasif pour les demandeurs.

Une enquête de la MSA démontre qu'en 2012, 12,8 % des non-salariés agricoles déclarant un bénéfice agricole au réel, catégorie pour laquelle la procédure dérogatoire est systématique, n'ont pas fait les démarches nécessaires auprès de la préfecture. Sur le 1<sup>er</sup> semestre 2013, ce chiffre est de 11 %.

Au sein du régime agricole, des disparités de traitement ont été mises en évidence, certaines MSA instruisent les demandes pour le compte du préfet alors que la réglementation ne le prévoit pas. Cette procédure dérogatoire est donc appliquée différemment en fonction des départements et des délégations accordées ou non pour gérer ce type de dossier. L'enquête démontre que sur 30 caisses : 13 ont une délégation des services de la préfecture pour l'ensemble des départements relevant de sa compétence, 9 ont une délégation pour une partie des départements relevant de sa compétence et 8 n'ont pas de délégation de compétence.

Le RSI dénonce le caractère incohérent de cette procédure dès lors que la caisse dispose dans le dossier de tous les éléments lui permettant d'étudier le droit, d'autant plus que dans la pratique, lorsqu'il est saisi, le préfet demande à la caisse d'examiner le dossier.

Dans un objectif de simplification, au regard de son impact potentiel sur le recours à la CMU-C, de l'allègement qu'elle représente en termes de gestion pour les caisses et les directions départementales de la cohésion sociale, et de son caractère inadapté (le critère de chiffre d'affaires ou de bénéfice agricole étant indépendant du niveau de revenu réel des demandeurs), il a été décidé de supprimer cette procédure.

Un projet de décret est en cours de parution. Il supprime cette procédure de filtre préalable et donc simplifie l'accès à la CMU-C et à l'ACS des travailleurs non-salariés.

### *3.1.1.3. L'automatisme de l'attribution des dispositifs pour certains allocataires*

Les caisses d'assurance maladie dénoncent le manque d'efficacité engendré par l'instruction annuelle de demandes de CMU-C/ACS pour des personnes dont on sait qu'elles sont éligibles aux dispositifs et dont les revenus évoluent peu.

Il est proposé de mettre en place une automatisme d'attribution pour les bénéficiaires de certains minima sociaux ainsi que de prolonger la durée d'ouverture des droits à deux ou trois ans.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 avait prévu une première avancée en instaurant un renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'ASPA mais cette disposition a été censurée par le Conseil constitutionnel<sup>64</sup>

Il est important de réintroduire cette proposition de sorte à réduire pour les caisses la charge liée aux traitements des demandes et à limiter les cas de non-renouvellement et les risques de non-recours qui en résultent.

Concernant les allocataires du RSA socle, le croisement des fichiers CNAF/CNAMTS a permis de disposer de premiers éléments de chiffrage. Alors même que le dispositif prévoit une présomption de droit à la CMU-C pour cette catégorie de la population, seule une partie évaluée à 64 % se trouve en être effectivement bénéficiaire. Avant d'envisager une mesure d'automatisme dans l'attribution des droits, il est nécessaire de se mobiliser et d'encourager toutes les initiatives, tant via l'outil @rsa que via les autres circuits existants, pour permettre d'améliorer le taux non recours à la CMU-C.

**Proposition 13 : Permettre la reconduction automatique des droits ACS pour les allocataires de l'ASPA et développer tous les moyens existants pour améliorer le taux de non recours à la CMU-C des allocataires du RSA socle.**

### *3.1.1.4. La simplification et le développement des échanges*

La suppression de certaines pièces justificatives, l'attribution automatique de la CMU-C et de l'ACS aux allocataires de certaines prestations, sont soumises à l'existence d'un échange simplifié, dématérialisé entre les différents organismes de sécurité sociale et les administrations.

<sup>64</sup> Décision n°2013-682 DC du 19 décembre 2013

La dématérialisation des échanges, d'ores et déjà largement appliquée entre les CAF et les CPAM à l'occasion de la pré instruction des droits à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA socle, devrait pouvoir être élargie à d'autres bénéficiaires de prestations.

Les CAF ont d'ores et déjà accès aux données de Pôle Emploi.

Pôle Emploi transmet aux CPAM des informations concernant les personnes inscrites comme demandeurs d'emploi afin de permettre le maintien de leurs droits à l'assurance maladie et de contrôler le non-cumul des indemnités journalières et des allocations chômage.

Aujourd'hui, il est indispensable que se développe un échange entre Pôle Emploi et les caisses d'assurance maladie qui permettraient à ces dernières d'accéder au montant des allocations chômage versées pour mieux cibler les populations éligibles aux dispositifs CMU-C et ACS.

**Piste de travail 16 : Développer les actions ciblées à l'égard des bénéficiaires potentiels par la poursuite et le développement des échanges dématérialisés entre les partenaires, notamment avec Pôle Emploi. Utiliser le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) à des fins de facilitation de l'accès aux droits.**

La simplification des échanges passe également par internet.

Les bénéficiaires sont de plus en plus demandeurs d'une simplification de la transmission des dossiers.

La CGSS de la Martinique préconise la mise en place d'une télé déclaration des demandes à l'identique de ce qui existe pour la déclaration fiscale de revenus. Celle-ci serait accessible aux publics qui ne bénéficieraient pas déjà d'une automatisation des droits à la CMU-C ou à l'ACS.

Outre la création d'un outil sécurisé et répondant aux exigences des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, la mise en place de la télé déclaration nécessiterait la mise à disposition de flux des ressources des organismes sociaux et administrations (CAF, Pôle Emploi, Direction générale des impôts, CNAV, MSA, RSI...), l'évolution de la période de référence (année civile et non douze derniers mois). L'assuré télé déclarerait sa demande et en aval le technicien contrôlerait et validerait les données.

Les bénéfices attendus seraient un gain de productivité, un accompagnement interactif lors du remplissage du dossier, moins de déplacements aux guichets des caisses...

Il conviendrait de mettre en place des procédures de contrôle internes : contrôles a posteriori par échantillonnages, exploitation de requêtes, rapprochements de données avec les autres partenaires...

**Encadré 18 : Le rapport de l'EN3S sur la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C.**

Sur proposition du Fonds CMU, et en collaboration avec l'EN3S, une recherche action a été menée au cours de l'année 2012 par les élèves de la 51ème promotion sur le thème de la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C.

En effet, en dehors des enquêtes réalisées par la CNAMTS qui concernent l'ensemble des assurés sociaux, la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C ne faisait plus l'objet d'aucune évaluation spécifique, l'indicateur de suivi n'étant plus inscrit dans le programme 183 des lois de finances depuis 2009.

L'enjeu de cette recherche-action a été de mesurer la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C sur deux plans :

- la satisfaction administrative, à travers différents items tels que « les conditions d'accès au dispositif », « les contacts avec la caisse d'assurance maladie », « les réclamations » et « la carte Vitale » ;
- la satisfaction sanitaire, à savoir la manière dont les bénéficiaires perçoivent eux-mêmes leur état de santé et le recours aux soins dont ils sont bénéficiaires dans le cadre de la CMU-C.

Cette étude a été réalisée en partenariat avec la CPAM du Rhône.

Un questionnaire a été envoyé à 6 145 bénéficiaires de la CMU-C.

Le taux de retour a atteint 21 %, ce qui est très satisfaisant.

L'analyse des questionnaires montrent que la satisfaction administrative est plutôt bonne, voire meilleure que celle de la population globale. En effet, sur les questions posées en rapport avec l'accueil physique et téléphonique, le site internet de l'Assurance Maladie, le traitement des réclamations et la carte Vitale, les répondants sont en moyenne 78 % à être satisfaits ou très satisfaits. De plus, 82 % des bénéficiaires trouvent que les informations sur le dispositif sont plutôt faciles, voire très faciles à obtenir.

Les résultats sont moins satisfaisants concernant la satisfaction sanitaire : 74 % des répondants estiment être en très bonne ou assez bonne santé (contre 91% de la population globale<sup>65</sup>). Les répondants sont tout de même satisfaits voire très satisfaits des soins dispensés à 88 % et 61 % d'entre eux sont sensibles aux actions de prévention.

Malgré cette bonne satisfaction globale, les résultats font apparaître des points d'insatisfaction :

- 14 % des répondants ont exprimé des craintes de stigmatisation ;
- 55 % des répondants ont rencontré des problèmes lors du renouvellement de leurs droits et 13 % ont même connus, par la suite, des situations de ruptures de droits ;
- 45 % ont exprimé avoir souffert d'une forme de discrimination et d'une restriction du système de soins du fait de leur statut de bénéficiaire de la CMU-C.

L'étude montre par ailleurs que les bénéficiaires de la CMU-C attendent une simplification du dispositif. Ils sont peu favorables aux nouveaux modes de communication (mail, SMS) pour contacter ou être contactés par la CPAM et enfin, ils sont 54 % à être favorables à un accueil spécifique.

En prenant en compte ces attentes ainsi que les points d'insatisfaction, plusieurs pistes d'amélioration sont proposées : la mise en place d'accueils spécifiques sur rendez-vous, une simplification du dossier de demande et de renouvellement, une présentation interactive des formulaires sur le site de l'Assurance Maladie, la création d'une offre de formation continue à l'attention des associations et des travailleurs sociaux, le développement d'actions de prévention spécifiques, la création d'une carte de mutuelle CMU-C rappelant l'étendue des droits des bénéficiaires de la CMU-C, etc.

---

<sup>65</sup> Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), SILC – INSEE, Eurostat – 2009.

Proposition 14 : À l'instar d'une carte de mutuelle classique, expérimenter la création d'une carte mutuelle CMU-C rappelant l'étendue des droits des bénéficiaires de la CMU-C.

Piste de travail 17 : Engager une réelle réflexion et faire des propositions d'évolution des textes existants pour parvenir à la dématérialisation de la demande de CMU-C/ACS.

### 3.1.2. Les expérimentations menées par le SGMAP

Dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion, une recherche-action est menée depuis novembre 2012 par le secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SGMAP), avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) visant à mieux comprendre les motifs de non-recours aux prestations sociales (RSA, mais aussi CMUC, ASPA, et aides au logement) et à tester certaines réponses opérationnelles pour infléchir le phénomène.

Cette expérimentation, conduite sur deux départements, la Loire-Atlantique et la Seine-et-Marne, dans le cadre d'une démarche partenariale pendant une année (nov. 2012 à oct. 2013) qui implique l'État, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale, Pôle emploi, des associations, des usagers, a démontré la pertinence d'actions d'information ciblée, d'orientation et de simplification pour remédier à ces difficultés.

Certaines actions ont permis d'augmenter significativement le recours aux prestations jusqu'à 60 %. Les actions qui combinent information ciblée (sur un type de personne et à un instant précis de son parcours personnel comme lors du passage à la retraite ou la sortie du chômage indemnisé), et simplification des démarches ont un effet plus fort sur l'augmentation du recours. C'est le cas notamment pour l'ACS dont le recours par des allocataires du minimum vieillesse a augmenté de 33 à 60 %, selon que l'on couple information et simplification.

En ce qui concerne plus spécifiquement les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS, deux actions ont été expérimentées dans ce cadre :

- la simplification/l'automatisation de la délivrance de l'ACS aux bénéficiaires de l'ASPA,
- la mise en place d'un parcours optimisé entre le CCAS de Nantes et la CPAM de Loire-Atlantique (rendez-vous avec ouverture des droits sous 8 jours).

Selon plusieurs modalités :

- envoi directement du chèque santé sans demande de l'utilisateur
- envoi d'un formulaire simplifié sans justificatif à fournir
- accélération du délai par un RDV à l'issue duquel le droit est délivré

#### **Action 1 : la simplification / l'automatisation de la délivrance de l'ACS aux bénéficiaires de l'ASPA**

Test 1 : envoi par la CPAM d'un formulaire simplifié, absence de justificatif à produire

Test 2 : ouverture du droit ACS sans demande de l'utilisateur

Impacts en ce qui concerne la demande et l'ouverture du droit :

- Un impact élevé, et très significatif, sur la demande simplifiée : + 27 points de demande.
- En outre, 4 assurés ont pu bénéficier du parcours optimisé avec prise de rendez-vous et droits ouverts.

#### Impacts en ce qui concerne l'utilisation des droits :

Un impact considérable sur l'utilisation du droit, tant concernant l'automatisation que la simplification :

- Envoi d'un formulaire simplifié sans justificatif à fournir : de + 17 points à + 27 points.
- Envoi directement du chèque santé sans demande de l'utilisateur : de + 33 points à + 65 points.

#### Impacts en ce qui concerne la charge consacrée à la réalisation :

Une charge modérée voire faible consacrée à la préparation des actions.

Les tâches les plus consommatrices de temps ont concerné la ré-identification des NIR et l'exclusion des bénéficiaires CMU-C / ACS.

Un impact conséquent et positif concernant le temps de traitement des demandes : 10 minutes au lieu de 20 minutes pour un dossier ASPA « classique ».

Le questionnaire utilisé a permis d'approfondir l'analyse :

*Intention d'utiliser le chèque ?*

- 55% des répondants : certainement => l'impact pourrait ainsi culminer à + 78 points
- 45% : Non ou peut-être

*Couverture complémentaire plus onéreuse ?*

- 21% des répondants déclarent avoir choisi une mutuelle plus onéreuse

*Impact lié au fait d'avoir une mutuelle ?*

- + 9 à + 25 pts selon l'hypothèse => l'action profite moins aux personnes n'ayant pas de mutuelle

### **Action 2 : Le parcours optimisé CMU-C / ACS**

L'objectif poursuivi était de mettre en place un circuit optimisé CMU-C/ACS entre le CCAS de Nantes et la CPAM selon les modalités suivantes :

- détection de l'éligibilité par l'agent du CCAS et prise de rendez-vous à la CPAM,
- aide à la constitution du dossier (remise d'un kit formulaire) et au choix de la mutuelle.

En termes d'impacts, 4 personnes ont pu bénéficier d'une prise de rendez-vous par téléphone, sous 8 jours avec délivrance du droit. Sur l'utilisation elle-même du droit, elles n'ont malheureusement pas été interrogées pour savoir si elles l'avaient utilisé.

**Encadré 19 : Présentation du Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP)**

Le SGMAP a été créé par un décret du 30 octobre 2012 est une structure interministérielle placée sous l'autorité du Premier Ministre, et mise à disposition de la ministre chargée de la Réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la Fonction publique.

#### **Les missions du SGMAP :**

- appuyer la transformation des administrations, la simplification des démarches, l'évaluation et la qualité des services publics ;
- développer le bon usage des systèmes d'information et du numérique
- garantir la transparence des données publiques et de l'action publique
- assurer la présence territoriale des services publics
- associer les agents, les usagers et les partenaires à la qualité des services publics

Dans le cadre de ces missions, le SGMAP, mène depuis 2012, une recherche-actions pour réduire le non-recours aux prestations sociales en faisant émerger des solutions opérationnelles permettant de répondre aux motifs de non-recours.

#### **Les recommandations du SGMAP :**

- simplifier les démarches de demandes
- simplifier les formulaires
- automatiser le renouvellement des aides pour les situations peu évolutives
- automatiser l'attribution de certaines aides : attribution de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA
- simplifier la justification des revenus
- harmoniser les bases de calcul des droits : période de références et type de revenus
- obtenir des services fiscaux le revenu fiscal pour chaque démarche pertinente
- utiliser l'EIRR (échanges inter-régimes de retraite) pour justifier des pensions de retraites dans le cadre de l'ASPA
- lutter contre le non recours : créer une doctrine et un cadre juridique pour éviter les effets de seuils (ex : CMU vs AAH) ou de concurrence (Prime pour l'emploi vs RSA) et de chevauchement (Allocation de solidarité spécifique vs RSA) et mettre en cohérence voire fusionner le RSA et l'ASS, a minima mettre en place une subrogation.

### **3.2. Un nécessaire effort d'information et d'accompagnement**

Pour certaines populations très vulnérables, la simple diffusion de l'information ne suffit pas. Plusieurs études montrent à quel point l'accompagnement vers le droit est nécessaire.

#### **3.2.1. Les constats des associations**

Les associations, par leur présence sur le terrain, au plus près des personnes en situation de précarité, sont l'un des meilleurs vecteurs d'information concernant d'une part, l'application des dispositifs d'accès aux soins : difficultés d'accès, non-recours aux droits, renoncement aux soins et d'autre part, la situation des publics éligibles.

### *3.2.1.1. Un recours difficile aux dispositifs de couverture maladie*

#### **■ *Le rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde***

L'observatoire de l'accès aux soins a été créé en 2000 pour témoigner des difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Les patients interrogés sont ceux accueillis dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (Caso). Ces centres, au nombre de 20, sont ouverts à toute personne en difficulté d'accès aux soins, il n'y a pas de contrainte de rendez-vous. Des consultations de médecine générale et spécialistes y sont dispensées, des infirmiers, des travailleurs sociaux sont également présents, ainsi que des psychologues dans certains centres. Lors de leur accueil dans les Caso, un bilan de la situation sociale des patients permet aux accueillants de Médecins du Monde de déterminer leurs droits à la couverture maladie et de repérer les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins.

En 2012, 63 212 consultations ont été effectuées concernant 30 560 personnes.

Sur la base de ces données, le rapport révèle qu'en 2012, 77 % des consultants relèvent d'une assurance maladie (17,5 % au titre de l'assurance maladie, 56,2 % au titre de l'AME, 3,3 % d'un système de protection sociale d'un autre pays européen) or seuls 12 % des consultants ont effectivement des droits ouverts lors de leur première consultation.

Les patients ne relevant d'aucun dispositif (23,1 %) se heurtent pour la plupart au critère de résidence de plus de trois mois en France. Le rapport souligne que l'accès aux droits est différencié selon le dispositif auquel sont rattachées les personnes : les patients relevant de l'AME sont 9,1 % à disposer de droits ouverts contre 50,4 % des patients relevant de la CMU de base.

Seuls 15,8 % des patients relevant de la CMU-C ont leurs droits ouverts.

Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins exprimés ou repérés lors de la première visite sont principalement la méconnaissance des droits et des structures délivrant des soins (32,5 %), les difficultés administratives (22,8 %), la barrière linguistique (19,4 %), l'absence de preuve de la présence en France depuis plus de trois mois (9,5 %), les délais d'instruction (8,7 %).

#### **■ *Résultats provisoires de l'enquête menée par la Croix-Rouge française auprès des sans-abri***

Cette enquête a été initiée dans le cadre d'un partenariat entre la Croix-Rouge française et la société SCA Hygiène Products. Depuis 2012, la Croix-Rouge distribue aux personnes sans-abri un kit « hygiène et bien-être » contenant des produits d'hygiène pour quelques jours.

Une enquête d'impact social a été lancée en 2013 et inclut des questions sur le rapport à la santé des sans-abri ainsi que leur situation par rapport à la couverture sociale.

Il ressort des premiers résultats que moins d'une personne sans-abri sur deux bénéficie d'une couverture sociale : 64 % de la CMU, 28 % du régime général d'assurance maladie, 5 % de l'AME.

Les personnes sans couverture sociale sont 38 % à déclarer avoir l'intention de faire les démarches pour en obtenir une.

S'agissant de la complémentaire santé, une personne sur quatre déclare avoir une assurance maladie complémentaire (73 % bénéficient de la CMU-C et 19 % d'une complémentaire santé de droit commun). 16 % des personnes sans couverture complémentaire déclarent avoir l'intention de faire des démarches pour en obtenir une.

### *3.2.1.2. Le renoncement et le recours tardif aux soins*

Inéluctablement, la première conséquence des obstacles à l'ouverture des droits, est le retard dans l'accès aux soins.

Le rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde relève que 43,1 % des patients reçus en consultation en 2012, présentaient lors de leur première consultation un problème de santé qui aurait dû être traité plus tôt selon l'avis médical. Par ailleurs, les médecins constatent que 34 % des patients ont un état de santé qui nécessite des soins urgents ou assez urgents au moment de la consultation. 22,3 % des consultants indiquent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.

L'enquête menée par la Croix-Rouge française auprès des sans-abri révèle que 20 % ont renoncé à des soins médicaux. Les soins médicaux cités sont principalement : les actes coûteux chez le dentiste (type prothèses), les consultations de médecins spécialistes, l'achat de médicaments non remboursés et l'achat de lunettes.

Les deux premières raisons de ce renoncement aux soins, invoquées sont : le coût et l'impossibilité d'avancer les frais.

La Croix-Rouge française indique que l'activité des Antennes de Premier Accueil Social Médicalisé (APASM)<sup>66</sup> de la Croix-Rouge met en exergue des difficultés persistantes d'accès aux médicaments pour les plus démunis dues au déremboursement de certains médicaments (certaines vitamines en particulier).

Quant aux personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé, le montant de la franchise appliquée aux médicaments constituerait un obstacle à l'accès aux médicaments.

## **3.2.2. Les actions des caisses nationales**

Les caisses nationales mettent en œuvre de nombreuses actions afin de favoriser l'accès à une complémentaire santé. Ces actions prennent plusieurs formes mais ont essentiellement pour objectif l'accès aux soins.

### *3.2.2.1. Les actions visant à favoriser la connaissance des dispositifs*

Compte tenu du faible taux de recours à l'ACS, les caisses concentrent en grande partie leurs actions sur ce dispositif, encore insuffisamment connu du grand public.

Pour cela les caisses ont mis en place des campagnes de communication.

---

<sup>66</sup> Ces structures ont pour objectif d'offrir aux personnes ayant des difficultés d'accès aux soins, des prestations médicales et paramédicales mais également un accompagnement social.

La CNAMTS a diffusé des dépliants sur les dispositifs dans les caisses et les centres d'examen de santé et mis en avant les dispositifs d'aide à la complémentaire santé sur son site internet. Ces informations ont été reprises dans la lettre adressée aux assurés par courrier ou par mail. En outre, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013, elle a mis en place un service téléphonique dédié à l'ACS, le nombre d'appels pris en charge a progressé de près d'un tiers entre mars et août 2013.

La MSA diffuse également des affiches et des dépliants avec un message clair et concret « la MSA m'aide à payer ma complémentaire santé ». A l'intérieur du dépliant sont présentées de façon simple les bénéfiques phares de ces deux dispositifs : le tiers-payant, l'opposabilité des tarifs, les tarifs sociaux de l'énergie.

Ces documents sont présents dans les 250 agences MSA, le dépliant est diffusé à chaque « rendez-vous prestation », il est remis aux travailleurs sociaux et au contrôle médical pour qu'ils puissent relayer l'information. Certaines MSA réalisent des envois de mails pour certains assurés. Des informations sont également diffusées via la presse agricole locale et les publications qui sont envoyées aux assurés. L'information est également diffusée sur le site internet de la MSA et les 35 sites des caisses, par la présence d'une bannière web et d'une publication plus détaillée avec le montant des plafonds.

Le RSI diffuse le même type d'informations par le biais de ses lettres d'information, son site internet, ses dépliants.

Certaines caisses locales développent des actions spécifiques.

A l'occasion de la refonte de son site internet à l'automne 2012, le Fonds a été intégré des pages visant à informer sur le dispositif de l'ACS.

#### **Encadré 20 : Communication sur le dispositif de l'ACS**

Afin de communiquer sur la revalorisation intervenue au 1er juillet 2013, mais également de promouvoir l'ACS qui reste encore peu connue du grand public, une annonce a été diffusée en juillet et septembre 2013 dans le journal gratuit MétroNews. Financée par le Fonds CMU, cette campagne de communication est le fruit d'une collaboration avec le ministère des affaires sociales et de la santé, le ministère délégué aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion et soumise pour avis aux trois grandes caisses nationales d'assurance maladie, à quelques associations et à un comité d'usagers.



allocataires de l'AAH. Les personnes éligibles se voient adresser un courrier d'information. Dans ce cadre, 350 000 courriers ont été envoyés en 2012 et 234 000 à fin août 2013.

Des repérages sont également issus des contacts établis dans les centres d'examen de santé ou par le service social.

L'autre outil est la mise en place d'un simulateur de droits permettant aux personnes de tester leur éligibilité à l'un des dispositifs d'accès aux soins :

- Le 25 juillet 2012, la CNAMTS a mis en ligne sur son site internet un simulateur de droits à la CMU-C et à l'ACS. Au 31 août 2013, on dénombre 511 824 visites dont près de 60 % s'avèrent répondre favorablement aux critères d'éligibilité.
- La MSA a également développé un simulateur de droits disponible dans l'application pour smartphone « ma MSA & moi » lancée au printemps 2013. Cette simulation sera prochainement présente sur les 36 sites internet.
- Des travaux sont en cours en inter-régimes en vue de l'extension du simulateur de droits aux travailleurs indépendants.

Piste de travail 18 : Développer les actions de recherche des bénéficiaires potentiels CMU-C/ACS.

### *3.2.2.3. Les actions visant à favoriser l'exercice des droits*

Les caisses doivent également veiller à la bonne utilisation du droit quand il est attribué. Les bénéficiaires n'ont pas toujours connaissance des droits liés à la CMU-C et à l'ACS : panier de soins, droit à la dispense d'avance des frais, opposabilité des tarifs, tarifs sociaux de l'énergie, contrat de sortie...

Ces deux dernières années, de nouveaux droits liés à l'ACS ont été mis en place : droit aux tarifs sociaux de l'énergie et opposabilité des tarifs et la dispense d'avance des frais sur la part obligatoire des dépenses de santé a été réaffirmée.

La CNAMTS a communiqué auprès des bénéficiaires de l'ACS sur l'ensemble de leurs droits, pour cela l'attestation de tiers-payant a été revue et complétée d'une page « guide explicatif de vos droits ACS » et la lettre aux assurés du mois d'avril 2013 a fait le point sur les bénéfices de l'ACS et sur les plafonds d'attribution.

Ces efforts de clarification devraient également être engagés concernant la notification de droit à l'ACS. En effet, lors de la notification d'une décision favorable, les bénéficiaires de l'ACS sont aujourd'hui destinataires d'un unique courrier comportant deux notifications (une notification de refus CMU-C et une notification d'accord ACS). La présence dans la même enveloppe d'une notification de refus de CMU-C et d'attribution de l'ACS est source de confusion.

Les actions mises en place par les caisses visent également les professionnels de santé afin de les informer sur le fonctionnement des dispositifs. L'information se fait via le site internet [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) et les lettres envoyées aux professionnels de santé.

Les bénéficiaires de l'ACS ont un délai de six mois pour utiliser le chèque ACS qui leur a été attribué. Sur la base d'un ciblage réalisé en coordination avec les services sociaux et administratifs, la CNAMTS identifie les bénéficiaires de l'ACS qui n'ont pas utilisé leur aide dans un délai de trois mois suivant la délivrance de l'attestation ACS afin d'assurer un accompagnement individuel ou collectif adapté (repérage des problématiques socio-économiques, facilitation et accompagnement vers l'adhésion à une complémentaire santé, prévention et gestion du capital santé). Afin d'éclairer le bénéficiaire dans le choix de sa complémentaire santé, des supports explicatifs sur le rôle d'une complémentaire santé et les critères de choix à privilégier sont mis à disposition des bénéficiaires.

**Piste de travail 19 :** Encourager les actions ciblées à l'égard des bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas utilisé leur attestation. Poursuivre les efforts entrepris par les caisses d'assurance maladie pour améliorer l'information et la compréhension des dispositifs au travers des courriers de notification adressés aux demandeurs et bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

### **Encadré 21 : Bilan de la mise en œuvre des offres de service attentionné CMU-C et ACS mises en place par la CNAMTS**

L'ensemble des caisses d'assurance maladie a déployé les offres de service mises en place sur les dispositifs CMUC et ACS.

En 2012, on dénombre 1,2 million d'assurés bénéficiaires de l'offre de service CMU-C (depuis la mise en place du parcours en 2010 environ 2,4 millions d'assurés ont été accompagnés). L'offre de service ACS a été présentée à 523 000 personnes.

#### **Axe : Informer et cibler**

Quasiment tous les organismes ont mené des actions d'information auprès de leurs partenaires externes. Ces actions ont pris la forme de :

- Réunions d'information : près de 1700 séances ont été organisées en 2012 au bénéfice essentiellement des conseils généraux, des associations locales, des référents CAF chargés d'instruire les dossiers de RSA, des CCAS, des missions locales.
- Diffusion des plaquettes d'information sur les dispositifs : 103.500 plaquettes ont été distribuées aux partenaires

77 % des caisses ont signé une convention de partenariat avec les CAF pour la pré-instruction des demandes de CMUC dans le cadre du RSA. Pour un certain nombre d'organismes, le partenariat existe mais n'est pas formalisé.

80% des caisses utilisent la requête permettant d'identifier dans les bases de l'organisme des bénéficiaires potentiels de la CMUC.

#### **Axe : Délivrer le droit**

- 72 % des CPAM ont mis en place des rendez-vous pour l'instruction des dossiers CMUC et/ou ACS ; près de 192 150 rendez-vous ont été réalisés en 2012.

L'ensemble des organismes diffusent les plaquettes d'information sur l'utilisation des droits délivrés.

#### **Axe : Accompagner dans l'utilisation du droit**

Pour faciliter la prise en charge et l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMUC, des outils sont proposés aux professionnels de santé. 65 % des organismes diffusent la plaquette destinée à informer les professionnels de santé sur les services offerts dans le cadre de la CMUC (garantie de paiement du tiers payant, consultation des droits des patients...).

66% des caisses proposent aux bénéficiaires de l'ACS un accompagnement pour la souscription à une complémentaire (en s'appuyant sur les supports de l'UNOCAM dans la moitié des cas).

### 3.2.3. Les actions des organismes complémentaires

Les nombreuses actions mises en œuvre par les caisses nationales pour favoriser la connaissance des dispositifs, en particulier l'ACS, sont grandement relayées par l'ensemble des OC, comme en témoignent les contributions de leurs représentants : FNMF, FFSA, CTIP, GEMA apportées à la réalisation de ce présent rapport.

Tous confirment que fédérations d'OC et OC eux-mêmes se sont engagés de longue date dans une démarche d'information des populations potentiellement concernées.

Les moyens utilisés sont divers :

- sites internet,
- brochures d'informations spécifiques,
- communication dans les journaux des OC, les décomptes, les messages d'attente téléphonique etc.

Ces actions sont également complétées par d'autres initiatives : développement par certains OC de chargés de clientèle en agences spécialisés dans l'assistance et la constitution de dossiers. Certains OC ont sensibilisé l'ensemble des réseaux de commerciaux sur le dispositif ACS afin que la question soit systématiquement abordée lors des contacts clientèles.

La FNMF pour sa part a mis en place des formations s'adressant à des « référents » mutualistes en région. Elle a également accompagné les unions régionales mutualistes dans la mise en place de journées de « sensibilisation » s'adressant aux acteurs locaux intervenant auprès des populations précaires (partenaires, travailleurs sociaux ...). L'objectif de ces journées est double : favoriser le recours aux dispositifs d'aide existants et améliorer la connaissance des partenaires sur les mutuelles, et plus largement la complémentaire santé. Dans ce cadre, 18 unions régionales ont été formées ou accompagnées, près de 90 « référents » ont suivi ces formations. Les journées de sensibilisation ont rassemblé une centaine de personnes au total.

Il est important de noter également que de plus en plus d'OC prennent l'initiative lorsqu'un de leurs assurés est en situation d'impayés, de lui faire connaître le dispositif ACS et de l'aider à entreprendre les démarches nécessaires.

Enfin, l'UNOCAM rappelle son engagement qui s'est concrétisé en octobre 2010, en concertation avec les associations de malades, d'usagers du système de soins et de consommateurs pour rendre les garanties plus facilement lisibles. L'UNOCAM cite l'étude « *Améliorer la lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé : engagements pris, engagements tenus !* » qui est une synthèse de la première évaluation du dispositif instauré par les Fédérations membres de l'UNOCAM. Au-delà, l'UNOCAM rappelle la large diffusion du dépliant d'information « *Complémentaire santé, 3 clefs pour bien choisir* ».

#### **Encadré 22 : L'amélioration de la lisibilité des contrats de complémentaire santé**

L'article 21 quater du projet de loi relatif à la consommation, déposé le 2 mai 2013, codifie la notion de lisibilité des

contrats en intégrant un article dans le code des assurances, le code de la sécurité sociale et le code de la mutualité qui dispose que les organismes complémentaires (sociétés d'assurance, institutions de prévoyance, mutuelles) « mentionnent les conditions de prise en charge de façon simple, normalisée et chiffrée, pour les frais de soins parmi les plus courants ou parmi ceux pour lesquels le reste à charge [...] est le plus important ». Les modalités d'application de ces articles doivent être précisées par arrêté.

### **Encadré 23 : L'association Optique Solidaire**

Cette association a été créée en juin 2011. Elle est partie du constat qu'en France, les plus exposés au renoncement aux soins optiques sont les personnes âgées à faibles ressources, en particulier les bénéficiaires de l'ACS âgés qui malgré cette aide, n'accèdent pas à des contrats proposant des garanties optimales. Leur besoin visuel exige en effet une correction impérative (presbytie) et coûteuse (verres progressifs) conduisant à des restes à charge trop importants au regard de leur reste à vivre.

L'association vise donc à favoriser l'accès des bénéficiaires de l'ACS âgés de 60 ans et plus à des équipements optiques de qualité en mobilisant l'ensemble de la filière optique : ophtalmologistes, opticiens, fabricants de montures et verres, complémentaires santé volontaires.

Il leur est ainsi proposé un « Pass lunettes » nominatif offrant un accès à une consultation ophtalmologique sans dépassements d'honoraires et un équipement optique complet avec un reste à charge nul ou moindre.

Ce projet a été lancé au niveau national au mois de juillet 2012.

Après un an de mise en œuvre opérationnelle, entre juillet 2012 et septembre 2013 : 25 000 Pass Lunettes ont été envoyés et 1 000 équipements ont été réalisés. Un taux de retour de 10 % a été réalisé sur les 1ères cohortes d'envoi, ce qui permet de prévoir environ 2 500 équipements réalisés début 2014 compte tenu des délais de rendez-vous auprès des ophtalmologistes.

L'association compte 540 opticiens répartis équitablement sur l'ensemble du territoire.

Neuf complémentaires santé ont rejoint les dix groupements fondateurs de l'association et plusieurs demandes d'adhésion sont en cours de validation.

**Proposition 15 : Développer les initiatives des OC visant à faciliter les démarches des bénéficiaires dans le dispositif de l'ACS lorsqu'ils y ont droit, ou à les accompagner en cas de dépassement du plafond de ressources ACS. Évaluer les actions déjà mises en place pour favoriser le recours à l'ACS.**

## **3.2.4. Le développement des partenariats**

### **3.2.4.1. Le protocole d'accord entre la CNAMTS et l'UNCCAS et les conventions locales**

Le 30 avril 2013, l'UNCCAS (Union nationale des centres communaux d'action sociale) et la CNAMTS (Caisse nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) ont signé une convention pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité et développer l'accès aux tarifs sociaux de l'énergie.

Ce protocole d'accord pose le principe d'un échange de moyens et de compétences entre les CCAS/CIAS et les organismes d'assurance maladie afin :

- d'organiser l'information et la formation continue des agents du CCAS/CIAS afin d'assurer l'accompagnement des publics précaires dans leurs démarches relatives à l'assurance maladie (droits de base et complémentaire) ;
- d'optimiser la gestion et la transmission des dossiers de demande de CMU-C, d'ACS et d'AME, afin de simplifier l'accueil, l'information et la prise en charge des publics reçus par le CCAS/CIAS, accélérer l'ouverture du droit ;
- de renforcer l'accès aux tarifs sociaux du gaz naturel et de l'électricité à l'égard des publics précaires.

Cette action expérimentale s'inscrit dans le cadre de l'axe «*Réduire les inégalités et prévenir les ruptures*» du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté.

Cet accord est décliné en partenariats locaux entre les CCAS (Centres communaux d'action sociale) et les CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie) et devrait permettre notamment d'optimiser la gestion des dossiers de demandes de CMU-C, d'ACS et d'AME. Les CCAS seraient ainsi chargés de pré instruire les demandes de CMU-C, d'ACS et d'AME et de transmettre directement l'ensemble des pièces justificatives aux CPAM, ces dernières s'engageant à rendre leur décision dans des délais rapides. Un comité de suivi national réunissant l'UNCCAS, la CNAMTS, le Fonds CMU et la DSS a été mis en place visant à suivre les expérimentations locales qui seront mises en place.

Le Fonds CMU s'est associé à deux caisses et deux CCAS afin de suivre la mise en œuvre du partenariat caisse-CCAS. Ainsi, deux conventions ont été signées, la première en juin 2013, avec la CGSS (caisse générale de sécurité sociale) de la Martinique et le CCAS de Schoelcher et la seconde, en septembre 2013, avec la CPAM de la Seine-Saint-Denis et le CCAS d'Aubervilliers.

#### ■ ***Le partenariat entre le CCAS de Schœlcher et la CGSS de la Martinique***

Depuis plusieurs années, un partenariat particulier s'est développé entre la CGSS de la Martinique et les CCAS de l'île car les personnes en situation de précarité ont la particularité de fréquenter plus régulièrement les services sociaux de la mairie (pour des demandes d'aides par exemple).

Une convention de service avec les mairies a été signée, et a permis la mise en place d'un réseau d'alerte sociale.

Entre 2005 et 2009, les agents d'accueil des CCAS ont été formés à l'aide au remplissage des dossiers de CMU-C et d'ACS, un guide a été remis lors de ces formations.

Les hôpitaux ont également intégré ce partenariat, car il a été constaté que beaucoup de personnes hospitalisées n'avaient pas de droits ouverts.

Un pôle d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux et à la santé (PARADS) a été mis en place.

La convention est donc venue renforcer un partenariat déjà existant. L'objectif étant d'améliorer l'accès aux droits par une coordination des partenaires impliqués sur le territoire.

Dans l'intérêt de l'administré et toujours dans ce souci d'approche individualisée et de proximité, le CCAS remplit quotidiennement ses engagements, à savoir :

- alerter la CGSS des situations de rupture de droits détectées,
- assurer un accompagnement des publics dans leurs démarches relatives à l'assurance maladie,
- assurer l'établissement des dossiers et leur transmission à la CGSS dans le respect des dispositions prévues par la réglementation (complétude et délais).

La CGSS de son côté a pris en charge la formation des personnels du CCAS et la transmission des informations nécessaires.

La CGSS a par ailleurs développé un didacticiel destiné à accompagner les professionnels du CCAS dans le remplissage des dossiers de CMU.

Dans le cadre de la structuration de ses services et afin de répondre au mieux aux exigences de cette convention, le CCAS s'adapte aux besoins des administrés en créant de nouveaux espaces de rencontre et autres dispositifs.

Inscrit dans le cadre de son Schéma Gérontologique communal 2013-2017, l'espace senior du CCAS est un espace d'accueil privilégié d'accès aux droits sociaux et à la promotion de la santé dont les objectifs sont les suivants :

- faciliter la compréhension des dispositifs et les démarches nécessaires,
- proposer un « accueil unique » évitant déplacements et multiplication des référents,
- traiter dans les meilleurs délais, les situations d'urgence sociale avérées, liées à l'obtention de droits sociaux.

C'est ainsi qu'à l'espace Seniors, le CCAS peut, dans des conditions d'accueil et de confidentialité optimales :

- informer les demandeurs des différents dispositifs légaux visant à faciliter l'accès aux droits : CMU-C, ACS, aide médicale de l'État (AME) ;
- informer les bénéficiaires de la nécessité de renouveler les droits à l'échéance ;
- sensibiliser les assurés à l'intérêt de désigner un médecin traitant et de respecter le parcours de soins ;
- informer les personnes de l'existence des dispositifs de prévention et orienter selon la situation locale, les personnes éloignées du système de santé vers l'examen périodique de santé qui constitue une première étape dans un parcours de santé ;
- constituer les demandes de CMU-C, d'ACS et d'AME (aide au remplissage, à la constitution des dossiers).

Dans ce contexte, plusieurs séances de formation et d'initiation au portail « Ameli » de la CGSS ont été organisées. Ont été présentés les dispositifs légaux, les services en ligne et les actions mises en œuvre par l'Assurance Maladie visant à répondre aux difficultés administratives des personnes en situation de précarité : offre de service attentionné au profit des personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS.

#### ■ ***Le partenariat entre le CCAS d'Aubervilliers et la CPAM de Seine-Saint-Denis***

En préalable à la mise en place de la convention, la CPAM a réalisé au sein du CCAS une séance de formation d'une demi-journée à l'attention des personnels et responsables du CCAS et de la Maison des Pratiques, du Bien Être et de la Santé, d'une Conseillère en Économie Sociale et Familiale et des écrivains publics.

Cette première rencontre entre les différents acteurs a permis de définir les modalités pratiques du partenariat. Ainsi, il est notamment prévu que les dossiers soient accompagnés d'un bordereau récapitulatif destiné à accusé réception des demandes et à communiquer la suite donnée après traitement. Par ailleurs, pour les urgences « sociales ou médicales », une procédure spécifique a été envisagée avec la possibilité de déposer des dossiers immédiatement, voire de transmettre l'ensemble des pièces par fax dans un 1<sup>er</sup> temps et de fournir les originaux a posteriori.

Des référents au niveau de la CPAM ont été désignés pour une prise de contact directe avec le CCAS.

La mise en œuvre de ces conventions locales fait l'objet d'une expérimentation pour une durée de 6 mois. Au cours de cette période, un suivi quantitatif et qualitatif des dossiers traités dans le cadre du partenariat est réalisé.

Un bilan du fonctionnement du partenariat sera réalisé à l'issue de l'expérimentation.

Le bilan portera sur :

- le nombre de personnes formées par la caisse ;
- le volume des dossiers de demandes de CMUC, ACS et AME transmis par le CCAS/CIAS ;
- la répartition de ces dossiers selon le résultat de l'instruction (accord, refus) et le volume de dossiers ayant fait l'objet d'un retour pour incomplétude ;
- le délai moyen de traitement de ces dossiers par la caisse ;
- le recensement des difficultés...

Piste de travail 20 : Suivre la mise en place des conventions locales CPAM-CGSS/CCAS. Réaliser un bilan de ces expérimentations en recensant les éventuelles difficultés et en proposant des améliorations opérationnelles.

#### *3.2.4.2. Les partenariats mis en place par les CCAS*

Le Fonds CMU et l'UNCCAS se sont associés dans l'élaboration d'une enquête menée auprès de plusieurs CCAS, afin d'obtenir des éléments concernant les aides relatives aux besoins de santé octroyées par les CCAS ainsi que leurs actions en matière d'accès aux soins.

L'enquête a été lancée en septembre 2013, elle a été conçue en deux parties :

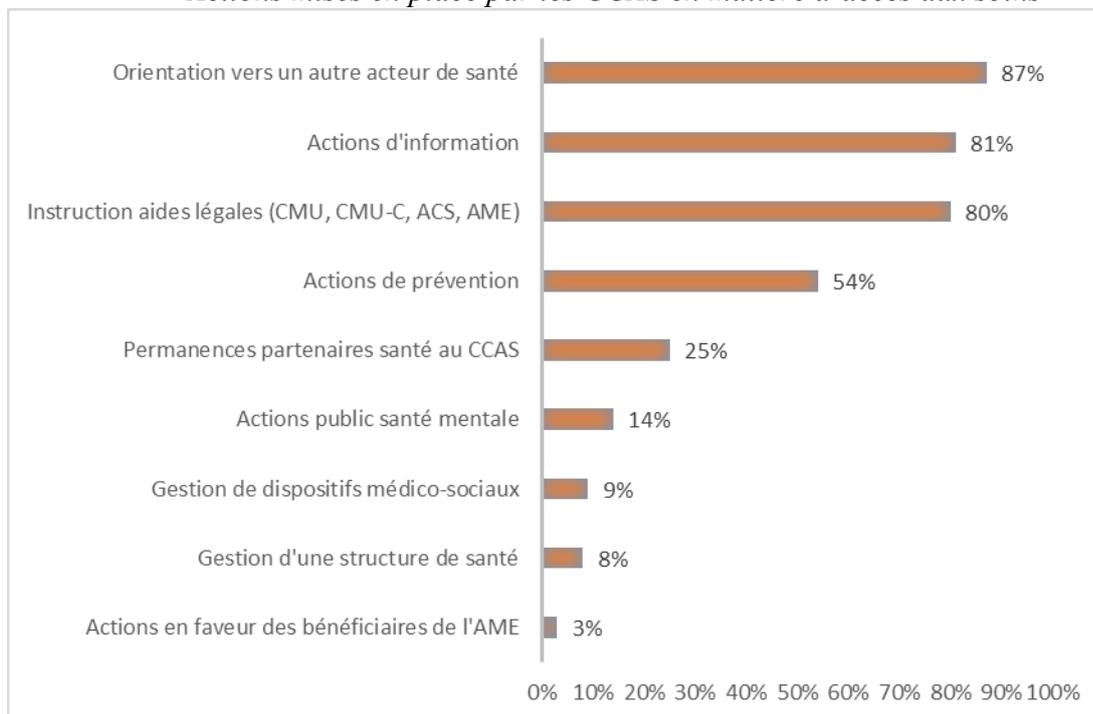
- un questionnaire général adressé à 3000 centres d'action sociale adhérents à l'UNCCAS (sur un total de 3940), portant sur les différentes modalités d'implication des CCAS et des CIAS dans les actions visant à favoriser l'accès aux soins. À mi-décembre 2013, 487 réponses ont été collectées.
- un questionnaire relatif aux caractéristiques des demandeurs d'une aide financière pour l'accès aux soins, adressé aux 940 autres centres d'action sociale adhérents. A mi-décembre 2013, 108 réponses ont été collectées.

Les résultats intermédiaires qui sont présentés dans cette partie laissent apparaître que 46 % des organismes interrogés ont déclaré mettre en place des actions spécifiques dans le domaine de l'accès aux soins (12 % seulement des autres disent prévoir d'en développer prochainement).

Les actions les plus fréquentes sont les suivantes :

- l'orientation vers un autre acteur de santé (citée par 87 % des CCAS concernés; les premiers verbatim consultés laissent supposer qu'il s'agit en grande partie des CPAM),
- les actions d'information menées par 81 % des CCAS concernés (on peut supposer que cela concerne les dispositifs légaux et les acteurs nationaux de la santé),
- l'instruction des demandes d'aides légales (CMU, CMU-C, ACS, AME) réalisée dans 80 % des CCAS mettant en place des actions spécifiques en matière d'accès aux soins,
- les actions de prévention sont mentionnées par plus de la moitié des répondants (54 %).

*Actions mises en place par les CCAS en matière d'accès aux soins*



Source : UNCCAS

L'aide légale la plus fréquemment instruite par les CCAS est la CMU de base (citée par 96 % des CCAS effectuant des instructions d'aides légales), suivie de près par la CMU-C (92 %) ; l'ACS est mentionnée par trois quarts des répondants concernés (76 %), l'AME par 39 %.

Un tiers des CCAS déclare avoir mis en place un partenariat avec un autre acteur de la santé.

La CPAM arrive ici en tête des organismes cités (par la moitié des CCAS déclarant un partenariat) ; dans la moitié des cas il s'agit d'une déclinaison locale de la convention CNAMTS/UNCCAS signée en avril 2014 évoquée plus longuement supra. Viennent ensuite les associations (18 %) et les mutuelles (15 %).

Une rapide approche des propositions relatives à l'amélioration des dispositifs légaux existants permet de distinguer deux axes : une meilleure information des personnes et une simplification administrative des dispositifs et notamment des procédures d'instruction.

Les résultats de l'enquête menée par l'UNCCAS seront disponibles sur le site du Fonds CMU ([www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)) dans le courant du premier semestre 2014.

#### **Encadré 24 : Présentation de l'UNCCAS : Union nationale des centres communaux d'action sociale**

Fondée en 1926, l'UNCCAS fédère les Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS). Véritable tête de réseau, elle a pour vocation de représenter, animer et accompagner les CCAS/CIAS aux niveaux départemental, régional, national et européen. Forte de plus de 3 900 adhérents, l'union représente la quasi totalité des communes de plus de 10 000 habitants, 80 % des communes de 5 000 à 10 000 habitants. Elle compte également près de 2 000 CCAS des communes de moins de 5 000 habitants.

Son conseil d'administration est majoritairement composé d'adjoints au maire chargés de l'action sociale, vice-présidents du CCAS de leur commune.

L'UNCCAS compte environ 3 900 CCAS et CIAS adhérents. Ceux-ci représentent :

- 6 235 communes,
- 45 millions de Français,
- la quasi totalité des communes de plus de 10 000 habitants,
- 80 % des communes de 5 000 à 10 000 habitants,
- près de 2 000 communes de moins de 5 000 habitants.

L'UNCCAS apporte une réflexion, une démarche prospective et stratégique, mais aussi un outil technique et pratique d'envergure aux acteurs de terrain. Ainsi, l'UNCCAS :

- représente et soutient ses adhérents
- anime le réseau et développe les échanges d'expériences
- favorise la constitution effective de CCAS et CIAS
- les informe des évolutions législatives et de l'actualité de l'action sociale

S'appuyant sur les compétences de ses adhérents (élus, professionnels de l'action sociale et représentants d'associations), leur connaissance des réalités locales et une représentation politique pluraliste des élus qui en sont membres, l'UNCCAS s'impose également comme une union politique. Elle tisse des liens avec les institutions et autres partenaires de l'action sociale. Elle participe à la plupart des grands débats nationaux pour promouvoir une meilleure politique d'action sociale.

### **3.2.5. La pré instruction des demandes de CMU-C par les caisses d'allocation familiales**

L'article L.861-2 du code de la sécurité sociale prévoit une présomption d'éligibilité à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA socle. Cela concerne les foyers bénéficiaires du RSA socle (RSA socle majoré, RSA socle seul, RSA socle et activité). Au 30 juin 2013, il y a 1 737 000 foyers bénéficiaires du RSA socle, 3 006 584 bénéficiaires (chiffres pour la France entière).

La loi n°2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le RSA et réformant les politiques d'insertion a introduit de nouvelles dispositions concernant l'attribution de la CMU-C aux bénéficiaires du RSA socle.

Il modifie l'article L.861-5 du code de la sécurité sociale et attribue aux caisses d'allocations familiales un rôle fondamental dans l'aide à la constitution des demandes de CMU-C pour les demandeurs dont les ressources sont présumées ne pas excéder le montant forfaitaire du RSA socle.

Ainsi, lors d'une demande de RSA, il est demandé aux caisses d'allocations familiales de déterminer si le demandeur du RSA est potentiellement éligible à la CMU-C en fonction du niveau des ressources perçues par l'intéressé. Les démarches de ce dernier sont donc simplifiées puisqu'il n'aura plus besoin, in fine, de prendre contact avec sa caisse d'assurance maladie.

Dans le cadre d'une attribution immédiate à un demandeur du RSA socle, la CMU-C est généralement attribuée pour une durée de trois mois. Une fois le droit au RSA socle confirmé, une nouvelle attestation est adressée ultérieurement afin de notifier la prolongation des droits pour les neuf mois restants, ou informer du refus de prolongation des droits.

Afin de permettre la dématérialisation des échanges entre CAF et caisses d'assurance maladie, le décret n°2011-2096 du 30 décembre 2011 a enrichi l'outil @RSA, déjà existant au sein des CAF, en y insérant un module dont l'objet est le recueil des données relatives à la demande de CMU-C et leur transmission dématérialisée aux caisses d'assurance maladie.

Le transfert par voie électronique vers les CPAM des demandes de CMU-C pré instruites par les CAF via l'outil @RSA est effectif depuis septembre 2013. Toutefois, dans certains départements, les instructeurs du RSA (CAF, CCAS, conseil général...) n'utilisent pas le logiciel.

En 2009 et 2010, les premières évaluations menées avaient démontré que la procédure de pré instruction montait en charge progressivement.

Toutefois, les agents en charge de la pré-instruction faisaient part de leur malaise compte tenu de l'absence d'une formation suffisante pour permettre une maîtrise des dispositifs sur le plan réglementaire. De même, il apparaissait très difficile de rassurer les demandeurs sur les risques de refus de soins ou de stigmatisation liée au statut de bénéficiaire de la CMU-C.

Enfin, sur la question du choix de l'organisme gestionnaire, il n'était pas aisé d'expliquer les avantages et les inconvénients liés au choix de l'organisme gestionnaire de la CMU-C (organisme complémentaire ou caisse d'assurance maladie).

Ces difficultés semblent persister, en effet, selon une enquête de la CNAF, en 2012, sur les 246 222 ouvertures de droit au RSA socle instruites par @RSA, 50 013 demandes de CMU-C ont été instruites, 46 149 demandes n'ont pas été réalisées parce-que le demandeur bénéficiait déjà de la CMU-C, 150 060 demandes, soit 61 %, n'ont pas été réalisées au motif que « le demandeur n'a pas souhaité être accompagné pour réaliser sa demande de CMU-C ». Cependant, la CNAF précise que cette catégorie n'est pas forcément bien renseignée et peut également couvrir les situations où le demandeur ne s'est pas vu proposé l'accompagnement.

Lors de l'élaboration du dernier rapport d'évaluation, nous avons interrogé la CAF des Yvelines sur la pré instruction des demandes de CMU-C pour les allocataires du RSA socle.

À l'occasion de ce nouveau rapport, la CAF des Yvelines a de nouveau été sollicitée, mais cette dernière n'instruit plus les demandes de RSA. Ainsi, il semblerait que certains départements fassent le choix, lors de la négociation des conventions de gestion du RSA, de confier exclusivement l'instruction des demandes de RSA au conseil général et aux centre communaux

d'action sociale. La CAF conserve dans ce cas un rôle de formateur des agents de ces organismes.

Proposition 16 : Dans le contexte du déploiement de l'outil @RSA enrichi, procéder à une nouvelle évaluation nationale de la pré instruction de la CMU-C par les CAF, afin d'identifier les difficultés persistantes. Au-delà des caisses d'allocations familiales, étendre l'évaluation de la mise en place de la pré instruction aux conseils généraux.

Piste de travail 21 : Afin de mesurer l'efficacité de l'attribution provisoire de trois mois, réaliser une expertise évaluant la part des attributions provisoires ne donnant pas lieu à une prolongation des droits de 9 mois.

### 3.3. La lutte contre les refus de soins

#### 3.3.1. Définition

Le terme « refus de soins » désigne les attitudes par lesquelles les professionnels de santé refusent d'offrir au bénéficiaire de la CMU-C les prestations de santé dans des conditions de délai et de qualité identiques à celles offertes à tout autre assuré, et dans le respect des principes de dispense d'avance des frais, et de non dépassement des tarifs réglementés, inhérents à la CMU-C.

Les victimes des refus de soins sont le plus souvent des bénéficiaires de la CMU-C. Ce phénomène pourrait également concerner les bénéficiaires de l'ACS, compte tenu des dispositions contenues dans l'avenant n° 8 du 25 octobre 2012, à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 26 juillet 2011 (renforcement du tiers payant social et opposabilité des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale).

#### 3.3.2. Un cadre juridique institué par la loi HPST non mis en œuvre

L'article 54 de loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 donne la faculté à la personne s'estimant victime d'un refus de soins de saisir le directeur de la caisse d'assurance maladie ou le président du conseil de l'ordre professionnel territorialement compétent<sup>67</sup>.

##### ■ *Le bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS reconnu comme critère discriminant*

L'article 54 de la loi HPST complète l'article L.1110-3 du code de la santé publique et explicite les cas de discriminations. Ainsi, refuser de soigner une personne au motif qu'elle est bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS est une discrimination au même titre que de refuser de soigner une personne en raison de son état de santé, son handicap ou son origine ethnique.

---

<sup>67</sup> Le décret d'application n'a pas été publié à ce jour.

### ■ *La faculté de saisine par l'assuré*

L'article 54 de loi HPST donne la faculté de saisine du directeur de la caisse d'assurance maladie ou du président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel compétent, à toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime.

La saisine vaut dépôt de plainte et vient élargir la liste des personnes habilitées à saisir les ordres lorsqu'elles ont connaissance de telles situations (le décret 2007-434 modifiant l'article R.4126-1 du code de la santé publique avait autorisé les associations et les caisses de sécurité sociale à saisir les ordres de situations de refus de soins dont elles avaient connaissance).

### ■ *L'instauration d'une procédure de conciliation*

L'article 54 de la loi HPST prévoit une procédure de conciliation par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre et de l'organisme local d'assurance maladie dans les trois mois de réception de la plainte. En cas d'échec de la conciliation, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinale compétente.

### ■ *L'extension du pouvoir de sanction des caisses de sécurité sociale*

En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récidive, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinale compétente. En cas de carence du conseil territorialement compétent, dans un délai de trois mois, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer une sanction à l'encontre du professionnel de santé.

L'article 54 de loi HPST modifiant l'article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale permet également au directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de sanctionner le professionnel de santé qui expose le bénéficiaire de la CMU-C à des dépassements d'honoraires non conformes aux tarifs réglementés pour ces assurés.

### ■ *La mise en œuvre de la loi*

Les modalités d'application de ces articles devaient être précisées dans un décret. Ce décret n'est pas paru à ce jour. Les commissions ne se sont donc jamais réunies. Concrètement, les conciliateurs des caisses d'assurance maladie et/ou les ordres départementaux règlent les litiges directement.

## 3.3.3. Le bilan des signalements

### 3.3.3.1. *Le bilan des caisses d'assurance maladie*

#### Bilan du régime général

Pour 2012, la mission conciliation de la CNAMTS a recensé 1 092 saisines d'assurés, soit 5,3 % de moins qu'en 2011.

Les motifs principaux de saisine sont le refus de prise en charge CMU-C (32,0 %), le dépassement d'honoraires (29,9 %), le refus de tiers-payant (22,4 %), le refus de soins non motivé (17,6 %).

	2011		2012	
<b>Refus de tiers-payant</b>	258	22,4%	350	32,0%
<b>Refus de prise en charge CMU-C</b>	333	28,9%	173	15,9%
<b>Dépassements d'honoraires</b>	316	27,4%	326	29,9%
<b>Refus de soins non motivé</b>	188	16,3%	192	17,6%
<b>Rendez-vous abusivement tardif</b>	10	0,8%	22	2,0%
<b>Refus de carte vitale</b>	17	1,5%	12	1,1%
<b>Refus de devis</b>	31	2,7%	17	1,5%
<b>TOTAL</b>	<b>1153</b>	<b>100,0%</b>	<b>1092</b>	<b>100,0%</b>

Source : CNAMTS

En 2012, les refus de soins représentent 5,6 % des saisines traitées, contre 6,3 % en 2011.

Les « demandes d'information » représentent 8,9 % des saisines en 2012, contre 6,2 % en 2011.

### Bilan du régime agricole

En 2012, la MSA a procédé à la refonte du guide d'utilisation rappelant les droits et les obligations du bénéficiaire de la CMU-C. Il a été demandé aux caisses de MSA de joindre à ce document une carte comportant les coordonnées du conciliateur de la caisse afin que les bénéficiaires puissent le saisir en cas de refus de soins.

Pour l'année 2012, une plainte a été déposée concernant un refus de dispense d'avance des frais par un masseur-kinésithérapeute. Ce dossier a été réglé par le conciliateur.

Un pharmacien a signalé l'utilisation frauduleuse d'une attestation de droit à la CMU-C.

### Bilan du régime des travailleurs indépendants

Le RSI n'enregistre aucun signalement de refus de soins pour 2012 et 2013.

#### *3.3.3.2. Le bilan du Conseil National de l'Ordre des médecins*

Entre fin 2011 et fin 2013, les conseils départementaux de l'ordre des médecins ont été destinataires de 28 plaintes relatives à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C.

Il convient de souligner que parmi elles :

- 12 ont été rejetées par la chambre disciplinaire au motif que le refus de soins n'était pas établi.
- 8 ont été jugées irrecevables principalement en raison de l'absence de la contribution pour l'aide juridique instituée par l'article 1635 bis Q du code général des impôts<sup>68</sup>
- 3 n'ont pas abouti du fait du désistement du plaignant.
- 5 ont donné lieu à une sanction à l'encontre du professionnel de santé.

En outre, 3 affaires ont été jugées par la chambre disciplinaire d'appel.

<sup>68</sup> La contribution pour l'aide juridique a été supprimée par l'article 128 de la loi n°2013-1278 de finances pour 2014.

*Saisines de la chambre disciplinaire de décembre 2011 à décembre 2013*

	Chambre disciplinaire de 1ère instance	Chambre disciplinaire d'appel
	Motif de saisine	Motif de saisine
Refus de rendez-vous	13	1
Dépassement d'honoraires	3	2
	Spécialité	Spécialité
Médecine générale	7	–
Ophthalmologie	3	1
Stomatologie	2	–
Autres	4	2
	Décision	Décision
Irrecevabilité	8	–
Avertissement	3	1
Blâme	2	–
Désistement	3	–
Interdiction d'exercer (1 mois)	–	1
Décision en attente	–	1

Source : Conseil national de l'ordre des médecins

### 3.3.3.3. *Le bilan du Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes*

En 2012, les conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes ont été destinataires de 18 plaintes ayant donné lieu à :

- 25 courriers de réponse.
- une tentative de conciliation.
- une saisine de la chambre disciplinaire de première instance dans le Loiret (affaire encore en cours).

### 3.3.4. Les derniers travaux sur les refus de soins

- **L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité**

La sénatrice Aline Archimbaud a remis le 24 septembre 2013 un rapport sur l'accès aux soins des plus démunis. Quarante propositions y sont formulées, notamment pour combattre et sanctionner les refus de soins :

- Élargir la définition législative du refus de soins.
- Autoriser les personnes qui estiment être victimes d'un refus de soins à se faire accompagner et/ou représenter par une association dans les procédures de conciliation ou de recours en justice.
- Reconnaître le « testing » comme élément d'étude et d'évaluation, notamment sur un territoire donné.
- Aménager la charge de la preuve en cas de plainte pour refus de soins.

- **La consultation du Défenseur des droits par le Gouvernement**

Le 26 mars 2013, le Premier Ministre a demandé au Défenseur des droits d'analyser les pratiques actuelles de refus de soins auxquelles sont confrontés les bénéficiaires de l'AME, de la CMU-C et de l'ACS, d'évaluer les moyens mobilisés pour leur détection et de faire des propositions permettant de :

- sensibiliser les professionnels de santé sur les conséquences et les risques encourus en cas de pratiques illégales de refus de soins ;
- faciliter pour les assurés et les caisses d'assurance maladie les modalités de signalement et de suivi de ces pratiques ;
- se doter d'outils normatifs efficaces permettant de détecter ces pratiques et d'y mettre un terme.

Un groupe de travail réunissant des acteurs associatifs et institutionnels a été formé par le Défenseur des droits.

Les premiers travaux de ce groupe de travail font clairement apparaître que la détection des refus de soins, ne peut être faite par le seul biais des signalements, compte tenu du faible nombre de ceux-ci. Il est nécessaire de multiplier les outils de recherche.\*

**Proposition 17 :** Tirer les conséquences de l'avis qui sera rendu par le Défenseur des droits afin de se donner les moyens, à partir d'un dispositif dont le contenu aura été concerté avec les professionnels, de sanctionner les refus de soins.

**Piste de travail 22 :** Systématiser les requêtes au sein des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie afin de détecter les situations de refus de tiers-payant ou de dépassement d'honoraires à l'encontre des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

## 4. LES ORIENTATIONS RETENUES POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX DROITS DOIVENT TENIR COMPTE DU CONTEXTE BUDGÉTAIRE DIFFICILE

### 4.1. Le financement des dispositifs

L'une des premières missions confiée au Fonds CMU par le législateur est de « *financer la couverture des dépenses de santé* » de la CMU-C et « *d'assurer la gestion* » de *l'aide pour une complémentaire santé* » (article L.862-1 du code de la sécurité sociale).

Pour assurer le financement de ces dispositifs, l'article L.862-3 du code de la sécurité sociale prévoit depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 deux types de recettes : la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé (dite « TSA ») et une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs.

Les dépenses du Fonds sont donc essentiellement constituées par le remboursement des dépenses engagées au titre de la CMU-C et de l'ACS par les organismes.

#### 4.1.1. Les comptes du Fonds

##### 4.1.1.1. *Les changements introduits par les lois de financement de la sécurité sociale et de finances pour 2013*

Les lois de financement de la sécurité sociale et de finances pour 2013 ont impacté pour l'une les dépenses du Fonds CMU, et pour l'autre ses recettes.

#### Le remboursement des dépenses de CMU-C

S'agissant de la CMU-C, les organismes gestionnaires étaient jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2013 remboursés sur la base d'un forfait de 370 € par an et par bénéficiaire, ces organismes assurant la charge d'un éventuel surcoût.

Les dépenses constatées dépassaient ce montant pour les bénéficiaires gérés par le régime général avec, en 2012, une dépense moyenne par bénéficiaire de 445 €. Le montant moyen de dépense par bénéficiaire était équivalent au forfait pour le régime agricole, et inférieur pour le régime des indépendants. De fait la CNAMTS supportait une charge de 261 millions d'euros au titre de la CMU-C en 2012. C'est la raison pour laquelle de 2009 à 2012, la loi prévoyait que le Fonds CMU reverse tout ou partie de son excédent cumulé à la CNAMTS : ce versement s'est élevé à 126 millions d'euros en 2012.

Ce mode de remboursement s'avérait inégalitaire, car les organismes ayant une dépense moyenne inférieure au forfait ressortaient bénéficiaires, tandis que les autres devaient assumer un reste à charge plus ou moins conséquent.

L'article 22 de la loi n°2012-1404 de financement de la sécurité sociale pour 2013 a donc modifié les modalités de remboursement des dépenses de CMU-C engagées par les organismes gestionnaires à compter de 2013. Ces derniers, sont désormais remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un forfait annuel de 400 €, indexé sur la progression de l'inflation.

En pratique, la prise en charge des dépenses s'effectue sur la base d'un acompte trimestriel fixé à 92,50 € par bénéficiaire, pour l'année 2013. En année N+1, une régularisation est opérée entre la somme totale des acomptes enregistrés en année N et le montant définitif des dépenses engagées en année N dans la limite du forfait annuel par bénéficiaire.

Les organismes complémentaires qui participent à la CMU déduisent du montant dû au titre de la TSA l'acompte par bénéficiaire (92,50 € en 2013) ainsi que, depuis 2005, le crédit d'impôt lié à l'aide à l'ACS (195 millions d'euros en 2012).

Lorsque le financement au titre de la CMU-C et de l'ACS est supérieur au montant de la taxe, le Fonds CMU leur rembourse la différence (197 organismes complémentaires concernés en 2012).

La CNAMTS, qui gère les droits de 77 % des bénéficiaires de la CMU-C et supporte le coût moyen par bénéficiaire le plus élevé perçoit un remboursement complémentaire.

L'article 22 de la loi n°2102-1404 du 17 décembre 2012 de financement 2013 prévoit que : « *Le remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés [...] est majoré, d'un versement du fonds permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 du fait des dispositions de l'article L. 861-6* ».

Le II de cet article ajoute : « *À titre exceptionnel en 2013, la majoration du remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés [...] tient compte des sommes engagées par la caisse au titre des exercices 2013 et 2012 dans la limite du résultat comptable du fonds en 2013* ».

Ainsi, les excédents dégagés par le Fonds en 2013 permettraient de compléter le remboursement de la CNAMTS quasiment à hauteur de ses dépenses réellement engagées.<sup>69</sup>

### Les recettes du Fonds CMU

De 2009 à 2012, la TSA versée par les organismes complémentaire (OC) constituait l'unique source de financement du Fonds CMU (article L. 862-4 du code de la sécurité sociale). En effet, si la dotation budgétaire de l'État destinée à équilibrer les comptes du Fonds CMU était

---

<sup>69</sup> Les montants concernant le coût moyen pour 2013 sont susceptibles d'évolution, avec l'obtention en fin d'exercice de données plus complètes en provenance du régime général. La différence entre le coût moyen recalculé et le forfait de 400 € sera modifiée en conséquence, ainsi que le reste à charge pour le régime.

maintenue dans son principe, (article L 862- 3 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à 2013), elle était nulle en pratique depuis 2009.

À compter de 2013, afin de financer l'augmentation du forfait de remboursement des dépenses de CMU-C, l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a diversifié les recettes du Fonds par l'affectation à ce dernier d'une fraction de 3,15 % du produit des taxes sur le droit de consommation des tabacs (soit une prévision de 346 M€ pour l'exercice 2013 et de 347 M€ en 2014). Concomitamment le principe d'équilibre du Fonds par l'État a été abandonné.

#### *4.1.1.2. Evolution des comptes du Fonds CMU*

##### Effet de bord lié à la mise en œuvre de l'article 22 de la LFSS pour 2013 :

L'article 22 de la LFSS pour 2013 institue un remboursement au réel des dépenses de CMU-C dans la limite d'un forfait de 400 € par bénéficiaire. Elle met un terme à un financement réalisé sur la base du forfait.

Cette modification a pour conséquence de réduire les excédents réalisés par certains organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C.

Conscient de cette réalité, le Fonds CMU suit les désengagements des organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C liés à la mise en place de cette mesure.

Pour l'année 2014, 23 organismes complémentaires se sont désinscrits volontairement de la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C.

Ces organismes géraient la CMU-C de 26 200 bénéficiaires (effectif moyen sur les trois premiers trimestres de 2013). Quelques-uns d'entre eux ont exprimé les raisons pour lesquelles ils se désengageaient, la principale raison évoquée est la modification des modalités de remboursement des dépenses de CMU-C apportée par l'article 22 de la LFSS pour 2013 et ses conséquences : déséquilibre financier, complexité de gestion.

Selon certains organismes complémentaires, le remboursement au réel ne permettrait pas de prendre en compte les frais de gestion lié à la présentation des clients bénéficiaires de la CMU-C.

Pour mémoire, le coût de la mesure de revalorisation du plafond de ressources de la CMU-C/ACS intervenu le 1<sup>er</sup> juillet 2013 est évalué à 24 M€ en 2013, 168 M€ en 2014 et 250 M€ en 2015.

## Comptes du Fonds CMU en 2012

(en millions d'euros)

Charges		Produits	
<b>Total charges</b>	<b>1 880</b>	<b>Total produits</b>	<b>2 084</b>
<b>Versements aux régimes de base</b>	1 402	<b>Taxe CMU versée par les OC</b>	2 042
<b>Déductions "Contrats CMU-C" (1)</b>	258	<b>Taxe sur les tabacs</b>	42
<b>Déductions "ACS" (2)</b>	195		
<b>Provisions et écritures de clôture</b>	24		
<b>Gestion administrative</b>	1		
<b>Résultat</b>			
<b>Résultat (excédent)</b>	<b>204</b>		

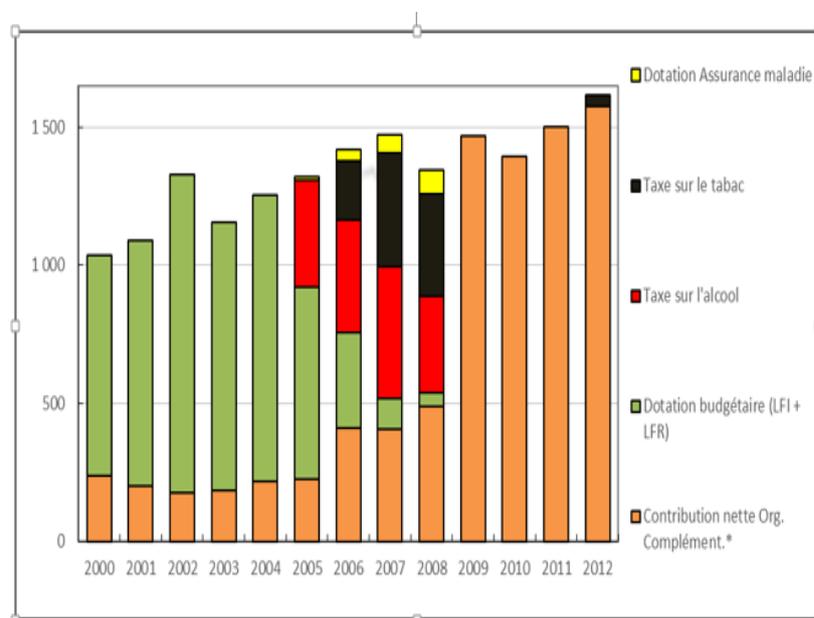
(1) Versements aux OC pour les bénéficiaires CMU-C qu'ils gèrent (en déduction de la TSA)

(2) Versements aux OC pour les bénéficiaires ACS qu'ils gèrent (en déduction de la TSA)

Source : Fonds CMU

L'affectation des droits tabacs a été opérée au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Les 42 M€ de droit de consommation sur les tabacs correspondant à des faits générateurs 2012 ont ainsi été versés au Fonds CMU en 2013

### Évolution du financement net du Fonds CMU entre 2000 et 2012 (en millions d'euros)



\* Contribution des OC nette des versements du Fonds CMU (forfaits et ACS).

Sources : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2012.

Il est à noter que sur 2013-2015, la mesure de revalorisation pourrait être financée par le biais de la nouvelle taxe sur les tabacs. Cependant, sans affectation de recette nouvelle au fonds à

partir de 2015, le surcroît de dépense engendré par la revalorisation exceptionnelle du 1<sup>er</sup> juillet 2013 tendrait in fine à diminuer la capacité du Fonds à financer le reste à charge de la CNAMTS.

À partir de 2016, en l'absence de recette supplémentaire, le Fonds CMU ne devrait plus dégager d'excédent. Son résultat de l'année devrait même être déficitaire.

## 4.1.2. Le financement des dispositifs

### 4.1.2.1. L'assiette de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) déclarée par les OC

Le Fonds CMU suit avec attention l'assiette de la taxe<sup>70</sup> qui est assimilable aux chiffres d'affaires de la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé.

Sur l'année 2012, cette assiette s'est établie à 32 143 millions d'euros, en hausse de + 5,1 %<sup>71</sup> par rapport à 2011. En première analyse, dans un contexte de revalorisation sensible de la TSCA (taxe sur les conventions d'assurance), l'évolution est ressortie supérieure à celle qui était attendue. L'augmentation de 3,5 points de la TSCA aurait en effet dû conduire les OC à modérer leurs tarifs et donc l'assiette de la TSA.

Sur les 9 premiers mois de l'année 2013, on assiste à une décélération de l'évolution dans la mesure où l'assiette déclarée n'évolue que de + 2,4 %, surtout en raison d'une faible évolution sur le 3<sup>ème</sup> trimestre (+ 0,8 %).

#### Assiette de la TSA déclarée par les OC auprès du Fonds CMU

	T1 2012	T2 2012	T3 2012	T4 2012	Total 2012	2012 / 2011
<b>Mutuelles</b>	4 722 742	4 270 335	4 324 437	4 259 767	<b>17 577 281</b>	2,2%
<b>IP</b>	1 390 111	1 344 086	1 403 554	1 607 828	<b>5 745 579</b>	11,5%
<b>Assurances</b>	3 150 061	1 758 286	1 894 858	2 016 842	<b>8 820 048</b>	7,2%
	<b>9 262 914</b>	<b>7 372 707</b>	<b>7 622 849</b>	<b>7 884 437</b>	<b>32 142 908</b>	<b>5,1%</b>

	T1 2013	T2 2013	T3 2013	9M 2013 / 9M 2012
<b>Mutuelles</b>	4 770 110	4 385 414	4 306 621	1,1%
<b>IP</b>	1 428 630	1 398 041	1 420 640	2,6%
<b>Assurances</b>	3 360 750	1 819 457	1 956 392	4,9%
	<b>9 559 490</b>	<b>7 602 912</b>	<b>7 683 654</b>	<b>2,4%</b>

Source : OC / Fonds CMU

<sup>70</sup> La TSA porte sur les garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrits au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.

<sup>71</sup> Les OC ne déclarent plus d'assiette de la contribution depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Pour que l'évolution entre 2011 et 2012 soit interprétée et analysée de façon homogène, celle-ci a été calculée à méthode de comptabilisation inchangée, c'est-à-dire hors taxe et hors contribution

Les évolutions d'assiette sont le plus souvent très difficiles à interpréter dans la mesure où l'on ne dispose que partiellement de facteurs explicatifs : le nombre d'assurés selon le collectif ou l'individuel est en l'état difficilement « reconstituable »; des informations nous remontent cependant au cas par cas à l'occasion de contrôles de l'assiette.

Si l'évolution a du sens au niveau global, l'évolution par nature d'OC est perturbée par deux facteurs qui ont pu être identifiés à l'occasion de nos contrôles :

- des changements de méthodes de comptabilisation pour se mettre en conformité avec les dispositions prévues par la circulaire de la direction de la sécurité sociale du 8 avril 2011 sur la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance collectée les OC au profit du Fonds CMU (comptabilisation sur la base des primes émises, échelonnement des déclarations sur 4 trimestres etc.).
- des décalages de déclarations d'un exercice sur l'autre (non prise en compte de montants reportés sur l'exercice suivant par exemple).

On citera à titre d'illustration, le cas d'une institution de prévoyance qui en changeant sa méthode de comptabilisation, a déclaré 156 millions d'euros sur le 4<sup>ème</sup> trimestre 2012, alors que selon l'ancienne méthode, le montant aurait été imputé sur 2013. On mesure à partir de cet exemple l'impact d'une telle situation : raisonner à méthode de comptabilisation inchangée reviendrait à déduire 156 millions sur 2012 pour les affecter sur 2013 (2012 : - 156 millions, 2013 : + 156 millions).

Les chiffres affichés sont donc des chiffres « bruts », base sur laquelle une évolution « à méthode de comptabilisation inchangée » peut être approchée car logiquement on ne peut prendre en compte que les situations que l'on a pu identifier. Sur cette base, on peut considérer que l'évolution entre 2011 et 2012 « à méthode de comptabilisation inchangée » se situe plutôt autour de + 4 % que les + 5,1 % enregistrés. L'évolution pour les mutuelles serait inchangée (non concernées a priori par ces redressements) à + 2,2 %. L'évolution serait en revanche revue sensiblement à la baisse pour les IP (de + 11,5 % à autour de + 6 %) et dans une moindre mesure pour les sociétés d'assurance (de + 7,2 % à autour de + 6 %).

Une approche du même type pourra être conduite sur 2013 une fois connu l'ensemble des chiffres de l'exercice (hausse des IP à prévoir en référence à l'exemple cité précédemment).

Pour sa part Harmonie Mutuelle, qui est un opérateur d'envergure et en plein développement, observe dans le cadre de sa contribution au présent rapport :

- Une tendance des assurés en portefeuille à revoir leurs garanties à la baisse (4 % des assurés en individuel en 2012), et pour les nouveaux assurés, une propension légèrement accrue à choisir des niveaux de garantie d'entrée de gamme. On assiste également à un intérêt pour les garanties de type « gros risque » ne couvrant que l'hospitalisation et la maternité ou l'hospitalisation, la maternité et l'optique-dentaire ;
- Il n'est pas en revanche constaté de mouvement de démutualisation.

Pour l'organisme complémentaire, ces observations augureraient d'une baisse des cotisations moyennes, et par là même d'une réduction de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Piste de travail 23 : Derrière les chiffres et évolutions affichées au niveau de l'assiette déclarée par les OC, il serait souhaitable de pouvoir disposer de données qualitatives plus précises permettant d'expliquer les tendances observées, notamment s'agissant des hypothèses de risque de démutualisation ou de réduction de garanties. Dans le cadre de son enquête annuelle sur la situation financière des OC, l'exploitation par la DREES des informations qui lui sont remontées sur les effectifs protégés selon leur couverture (individuel ou collectif) est attendue.

#### 4.1.2.2. *L'enjeu majeur du contrôle de l'assiette déclarée par les organismes complémentaires*

En référence aux contrôles conduits par les URSSAF sur le champ de la CMU-C, l'enjeu financier représenté par le contrôle de l'assiette est sensiblement plus important que celui portant sur les déductions. Il constitue de fait une priorité de la politique de contrôle conduite par le Fonds CMU.

Le Fonds avait demandé que les textes évoluent sur cette question afin de prendre en compte cette situation, ce qui a été acté par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 : le a) de l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale dispose en effet désormais que « *Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe* ».

Le travail s'est intensifié sur ce champ depuis 2009, et un nouveau palier avait été franchi en 2011, du fait du changement de la contribution en taxe et de la parution de la circulaire n°DSS/5D/2011/133 du 8 avril 2011 sur le sujet.

Selon la procédure arrêtée, le Fonds conduit une analyse statistique fine des données déclarées, et contacte directement les OC en évolution anormale.

Ce sont au total 50 OC qui ont été interrogés au cours de l'année 2012 et 30 OC sur les 3 premiers trimestres de 2013, ce qui montre l'ampleur du travail effectué.

Le contrôle sur l'assiette, s'il permet de mettre en évidence d'éventuelles erreurs<sup>72</sup> ou des situations d'« optimisations abusives », permet également de recueillir une information précieuse sur ce qui sous-tend les évolutions du marché de la complémentaire santé. Il conduit en outre à accompagner les OC sur des sujets techniquement complexes et en évolution permanente. D'ailleurs, dans quelques cas, suite aux contrôles opérés par le Fonds CMU, des OC se sont aperçus qu'à tort, ils avaient trop déclaré. D'un point de vue général, le contrôle dans la très grande majorité des cas est perçu par les OC comme un outil d'accompagnement.

Les vérifications effectuées par le Fonds CMU permettent de préparer en collaboration avec l'ACOSS le plan de contrôle des URSSAF en ciblant certains OC pour lesquels les réponses apportées posent question. Les priorités sont logiquement les organismes où des problèmes ont été rencontrés lors des contrôles déjà évoqués. Au-delà, le Fonds s'assure que les OC représentant les enjeux les plus importants soient régulièrement vérifiés.

En 2012, à la demande du Fonds CMU, un contrôle a été diligenté par une URSSAF sur un OC de grande taille et qui a conduit à un redressement de 2,6 millions d'euros. Ce contrôle a montré que la question des délégations de gestion, d'ailleurs en pleine expansion, pose problème. En

---

<sup>72</sup> Exemple : grâce au contrôle du Fonds, un montant de 24 millions a été réintégré par un OC dans sa déclaration du 3<sup>ème</sup> trimestre 2013 suite à une erreur de sa part.

outre, le Fonds CMU est régulièrement interpellé sur la question du caractère ou non déclarable des primes acquises mais non émises ou l'inverse (primes non acquises mais émises). Ces points doivent rapidement être tranchés en lien avec la direction de la sécurité sociale.

Désormais : « *Le Fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe ...* ». La nature de l'articulation avec le travail réalisé par les inspecteurs URSSAF sur ce champ devra rapidement être précisée.

Proposition 18 : Compléter la circulaire de la direction de la sécurité sociale du 8 avril 2011 sur différents points : les délégations de gestion, les primes acquises non émises (et inversement) et l'étendue du pouvoir de contrôle du Fonds CMU. Cette clarification serait construite en concertation entre le Fonds CMU, la direction de la sécurité sociale et l'ACOSS.

## 4.2. La réorientation des aides fiscal-social

Le Président de la République, lors de son discours au congrès de la Mutualité le 20 octobre 2012, avait demandé au gouvernement de réorienter les aides qui bénéficient aux contrats de complémentaire santé collectifs pour en élargir le nombre de bénéficiaires afin de « *généraliser à l'horizon de 2017 l'accès à une couverture complémentaire de qualité* ».

Les aides sociales et fiscales à l'acquisition d'une complémentaire santé qui atteignent « *4 milliards d'euros* », représentent en effet à la fois « *un gâchis financier et une injustice sociale* » dans la mesure où « *ceux qui en profitent sont plutôt des cadres de grandes entreprises que des salariés à temps partiel. Quant aux chômeurs et aux retraités, ils ont les plus grandes difficultés à s'offrir une complémentaire santé* ». « *J'ai donc demandé au gouvernement de réorienter ces aides pour en élargir le nombre de bénéficiaires* ».

Une première étape de cette généralisation a été franchie avec la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi, qui transpose l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 : à l'horizon 2016, par le biais de la négociation collective, l'ensemble des salariés seront couverts par une complémentaire santé.

La réorientation des aides bénéficiant aux contrats de complémentaire santé collectifs prônée par le Président de la République s'est traduite dans l'article 5 du projet de loi de finances pour 2014, qui prévoit la réduction de l'exonération fiscale de la participation de l'employeur aux contrats collectifs de complémentaire santé.

L'exposé des motifs de cet article précise que :

« *Cette mesure ne supprime pas mais réduit les aides publiques dont bénéficient les contrats collectifs. Elle permettra de financer les mesures déjà intervenues en faveur des salariés (généralisation de la protection complémentaire collective) et des plus démunis (revalorisation des plafonds de la Couverture maladie universelle complémentaire et de l'ACS)* ».

« *Elle répond ainsi aux préoccupations des partenaires sociaux et des acteurs du monde de la santé, telles qu'elles ont été exprimées dans l'avis adopté à la quasi-unanimité par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie le 18 juillet 2013. Cet avis relevait notamment que les « aides à la complémentaire santé ne sont dirigées que vers une partie de la population » et que « l'objectif d'équité ainsi que les contraintes pesant actuellement sur les finances publiques rendent nécessaire une orientation prioritaire vers les ménages les plus modestes ».*

*Le Haut conseil s'était alors « interrogé sur l'opportunité de maintenir certaines de ces exemptions, à tout le moins d'en prioriser l'affectation » ».*

Actuellement, la totalité de la cotisation (part salariale et part patronale) est déductible du revenu imposable du salarié dans la limite de 7 % du PASS (plafond annuel de la sécurité sociale) et 3 % du salaire annuel brut, sans que le total ne puisse excéder 3 % de huit PASS.

L'article 4 de la loi de finances pour 2014 intègre la participation de l'employeur dans la rémunération prise en compte pour la détermination des bases d'imposition.

Par ailleurs, le plafond d'exonération est révisé à la baisse : 5 % du PASS et 2 % du salaire annuel brut, sans que le total ne puisse excéder 2 % de huit PASS.

Cette mesure devrait rapporter un milliard d'euros aux finances publiques.

**Proposition 19 : Poursuivre la réflexion en cours sur la réorientation des aides fiscalo-sociales en faveur des plus modestes (retraités à faibles revenus, étudiants, chômeurs de longue durée).**

### **4.3. Le contrôle des dispositifs**

La lutte contre la fraude continue de rester l'une des priorités des pouvoirs publics et des organismes de sécurité sociale. Au cours de ces dernières années l'accent a été mis sur les actions de coordination entre organismes et les outils de détection des fraudes.

#### **4.3.1. La poursuite des travaux de lutte contre la fraude**

Le Premier ministre a approuvé le 11 février 2013, le plan national de coordination de la lutte contre les fraudes aux finances publiques. Il énonce les orientations de la politique de la lutte contre la fraude aux finances publiques pour l'année 2013, tant au niveau national que local.

Notamment, dans le but de « renforcer le pilotage stratégique » de la politique de lutte contre la fraude, il prévoit :

- de mutualiser entre les administrations concernées les alertes en matière de fraude aux finances publiques dans le cadre d'un comité de veille stratégique, créé en septembre 2012 et réunissant, auprès du Ministre délégué chargé du budget, les responsables des services compétents.
- d'améliorer la circulation de l'information entre les services du ministère de la Justice et les services de contrôle sur la réalité de la réponse pénale aux fraudes les plus graves.

Le plan vise également à développer des actions de lutte contre la fraude au niveau national, pour cela il prévoit :

- le renforcement de la lutte contre la fraude documentaire, dont l'utilisation de la technique dite du « code à barres 2D » (appelé par ailleurs, QR-Code ou Flashcode) sur les justificatifs de domicile ;
- l'intensification des échanges d'informations pour renforcer la prévention des fraudes comme, par exemple, le déploiement dans toutes les pharmacies de la liste d'opposition des cartes Vitales, quotidiennement actualisée, pour prendre en compte les cartes perdues ou volées.

### 4.3.2. L'évolution de la législation

La section 7 de la loi n° 2011-1906 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est venue insérer diverses dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre les fraudes.

- ***Le transfert du contentieux des pénalités vers les tribunaux administratifs de sécurité sociale (article 114)***

Auparavant de la compétence des tribunaux administratifs, ce transfert du contentieux des pénalités vise à simplifier les procédures pour les justiciables qui, jusqu'à présent, devaient contester le prononcé d'une pénalité ou d'une sanction financière devant la juridiction administrative et le recouvrement d'un indu devant le TASS.

De plus, il harmonise les dispositions relatives aux pénalités que peuvent prononcer les organismes débiteurs de prestations familiales et d'assurance vieillesse avec celles prévues pour les organismes d'assurance maladie pour ce qui est du doublement en cas de récidive.

- ***L'absence de remise de dette en cas d'indu résultant d'une fraude (article 116)***

Cette disposition complète l'article L.333-1 du code de la consommation en excluant, sauf accord du créancier, de toute remise, de tout rééchelonnement ou effacement, les dettes ayant pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, des caisses assurant le service des congés payés ou du Pôle emploi.

- ***La suspension du versement des prestations en cas d'obtention frauduleuse d'un NIR (article 118)***

Cette disposition a créé un article L.114-12-3 dans le code de la sécurité sociale dont le 1<sup>er</sup> alinéa dispose: « *L'obtention frauduleuse, notamment à l'aide de faux documents ou de fausses déclarations, d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques entraîne la suspension du versement des prestations dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-4 et le réexamen du droit à l'ensemble des prestations versées par les organismes mentionnés à l'article L. 114-12. Le cas échéant, le service chargé du répertoire national d'identification des personnes physiques procède à l'annulation du numéro d'inscription obtenu frauduleusement* ».

- ***La suspension du délai d'instruction de la demande ou du versement de la prestation en cas de production de faux documents ou de fausses informations (article 119)***

Le dernier alinéa de l'article L.161-1-4 est complété, la présentation de faux documents ou de fausses informations ou l'absence réitérée de réponse aux convocations d'un organisme de sécurité sociale entraînent la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées ou la réponse à la convocation adressée.

■ ***Les échanges entre organismes de sécurité sociale et services de l'État chargés des affaires consulaires (article 121)***

Cet article autorise la communication entre organismes de sécurité sociale et autorités consulaires de toutes informations utiles :

- à l'appréciation et au contrôle des conditions d'ouverture ou de service des prestations et des aides qu'ils versent ;
- au recouvrement des créances qu'ils détiennent ;
- aux vérifications par les autorités consulaires des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français.

Ces échanges devraient permettre d'améliorer le contenu des vérifications sur la couverture maladie des demandeurs de visas de court séjour lors de l'instruction des demandes par les autorités consulaires.

■ ***Conditions de délai et principe de gratuité pour les communications de documents entre organismes de sécurité sociale (article 122)***

Cet article précise les modalités d'application du droit de communication défini à l'article L.114-19 du code de la sécurité sociale. « *Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande* ».

*Le bilan 2012 de la délégation nationale contre la fraude est aussi présenté en annexe 8.*

### **4.3.3. Le suivi des fraudes au régime général**

#### **4.3.3.1. Le bilan de l'année 2012**

Un bilan est réalisé chaque année par le Fonds CMU sur la base des données transmises par les CPAM à la CNAMTS.

Le nombre de fraudes détectées<sup>73</sup> en 2012 en matière de CMU de base est de 206 (192 en 2011) et il est de 841 pour la CMU-C (604 en 2011).

Cette évolution à la hausse est liée au lancement d'actions nationales courant 2011, qui ont permis d'améliorer la détection et l'investigation des dossiers et ont produit leurs effets en 2012.

Le montant du préjudice subi est de 452 267 € pour la CMU-B et de 609 658 € pour la CMU-C, soit un montant moyen de 2 195 € pour la CMU-B et de 725 € pour la CMU-C.

Le taux de fraude tous acteurs confondus (nombre de fraudes à la CMU sur le nombre total de fraude tous acteurs confondus) est de 1,40 % pour la CMU de base et 5,72 % pour la CMU-C.

---

<sup>73</sup> Les fraudes détectées sont celles pour lesquelles les CPAM ont engagé une « action » (indu, pénalité financière, action pénale).

Le taux de fraude sur la population des assurés (nombre de fraudes à la CMU sur le nombre total de fraudes dont le seul acteur est l'assuré) est de 3,30 % pour la CMU de base et 13,51 % pour la CMU-C.

Les cas de fraude à la seule condition de ressources sont de 170 pour la CMU de base (82,5 % des cas de fraude) et de 740 pour la CMU-C (88,0 % des cas de fraude).

Le recours à la procédure pénale diminue légèrement en 2012 : 27 pour la CMU-C (32 en 2011) et 63 pour la CMU-C (64 en 2011). Ce recours n'est désormais réservé qu'aux affaires importantes ou lorsque plusieurs organismes sont impactés.

On note pour 2012 un accroissement du nombre de lettres d'avertissement dans le cadre de la procédure des pénalités (116 pour la CMU de base, 95 en 2011) ou de rappel à la réglementation (578 pour la CMU-C, 384 en 2011).

En 2012, 45 pénalités financières ont été notifiées pour la CMU-B (46 en 2011) et 260 pour la CMU-C (144 en 2011). Pour rappel, un suivi particulier avait été développé à compter du mois de juillet 2011, à l'occasion de la mise en œuvre de la procédure d'avis conforme du directeur général de l'UNCAM sur les pénalités financières.

Pour le moment, la fraude à l'ACS est incluse sans distinction dans la fraude à la CMU-C. Il n'y a pas non plus d'indicateurs qualitatifs sur les profils des fraudeurs, ni sur les types de ressources concernées (quand la fraude porte sur les ressources déclarées).

*Nombre de cas de fraudes et préjudice, de 2008 à 2012*

	CMU de base				
	Année 2008	Année 2009	Année 2010	Année 2011	Année 2012
<b>Nombre de cas de fraude</b>	220	188	172	192	206
<b>Taux de fraude (nombre de fraudes à la CMU-B / nombre de fraudes total tous acteurs confondus)</b>	1,50%	1,44%	1,20%	1,24%	1,40%
<b>Taux de fraude sur la population des assurés (nombre de fraudes à la CMU-B / nombre total de fraudes pour le seul acteur « assuré »)</b>	4,20%	3,43%	3,25%	4,06%	3,30%
<b>Montant préjudice subi</b>	287 352 €	255 853 €	223 534 €	316 404 €	452 267 €
<b>Montant moyen préjudice</b>	1 306 €	1 361 €	1 300 €	1 648 €	2 195 €

	CMU complémentaire				
	Année 2008	Année 2009	Année 2010	Année 2011	Année 2012
<b>Nombre de cas de fraude</b>	588	693	588	604	841
<b>Taux de fraude (nombre de fraudes à la CMU-C / nombre de fraudes total tous acteurs confondus)</b>	4,00%	5,31%	4,11%	3,91%	5,72%
<b>Taux de fraude sur la population des assurés (nombre de fraudes à la CMU-C / nombre total de fraudes pour le seul acteur « assuré »)</b>	11,10%	12,66%	11,10%	12,78%	13,51%
<b>Montant préjudice subi</b>	442 362 €	650 852 €	567 913 €	518 939 €	609 658 €
<b>Montant moyen préjudice</b>	752 €	939 €	966 €	859 €	725 €

*Nombre et montant des indus notifiés chaque année de 2008 à 2012*

Indus	CMU de base				
	Année 2008	Année 2009	Année 2010	Année 2011	Année 2012
<b>Nombre d'indus notifiés</b>	54	83	73	81	113
<b>Montant des indus notifiés</b>	103 060 €	123 540 €	190 307 €	141 519 €	224 931 €

Indus	CMU complémentaire				
	Année 2008	Année 2009	Année 2010	Année 2011	Année 2012
<b>Nombre d'indus notifiés</b>	217	252	315	358	395
<b>Montant des indus notifiés</b>	235 281 €	344 961 €	375 922 €	428 451 €	501 549 €

*Nombre de lettres d'avertissement dans le cadre de la procédure des pénalités (CMU de base) ou de rappel à la réglementation (CMU-C) et pénalités financières notifiées aux assurés à l'origine d'une fraude à la CMU de base et à la CMU-C*

Année 2012	CMU de base	CMU complémentaire
<b>Nb de lettres d'avertissement dans le cadre de la procédure des pénalités (CMU-B) ou de rappel à la réglementation (CMU-C)</b>	116	578
<b>Nb de pénalités financières</b>	45	260

*Nombre de procédures pénales initiées annuellement : 2008 à 2012*

Saisines du Parquet	CMU de base				
	Année 2008	Année 2009	Année 2010	Année 2011	Année 2012
<b>Nombre de saisines du parquet</b>	54	49	29	32	27

Saisines du Parquet	CMU complémentaire				
	Année 2008	Année 2009	Année 2010	Année 2011	Année 2012
<b>Nombre de saisines du parquet</b>	90	182	133	64	63

*Nombre de fraudes à la seule condition de ressources en matière de CMU de base et de CMU-C en 2012*

Typologie des fraudes	Nombre de cas de fraudes	Nombre de saisines du parquet	Nombre de lettres d'avertissement	Nombre d'indus notifiés	Montant des indus notifiés	Montant du préjudice subi
CMU-B - Fraude à la condition de ressources	170	19	100	94	144 816 €	413 899 €
Évolution 2011 – 2012	11,8%	-29,6%	37,0%	56,7%	68,9%	69,1%
CMU-C Fraude à la condition de ressources	740	51	516	343	431 491 €	609 658 €
Évolution 2011 – 2012	44,0%	-3,8%	56,8%	8,9%	14,2%	33,7%

*Typologie des fraudes à la CMU de base en 2012 – Récapitulatif*

CMU-B Typologie des fraudes	Nb fraudes détectées	Nb indus notifiés	Montant indus notifiés	Nombre de saisines du parquet	Nombre de lettres d'avertissement	Nb Pén. Financières notifiées	Montant réclamé (pénal)	Montant préjudice subi	Montant préjudice évité
CMU-B - Fraude à la cond. de ressources	170	94	144 816 €	19	100	43	258 408 €	413 899 €	45 396 €
CMU-B - Fraude à la cond. de résidence	17	12	69 462 €	2	7	1	43 686 €	113 148 €	54 425 €
CMU-B - Fraude à l'identité	7	0	0 €	5	2	0	9 503 €	17 421 €	2 556 €
CMU-B - Fraude à la cond. de résidence et de ressources	8	4	7 856 €	1	4	0	140 670 €	7 856 €	2 354 €
CMU-B - Fraude à l'identité et à la cond. de ressources	1	1	1 000 €	0	1	0	0 €	1 000 €	0 €
CMU-B - Fraude à l'identité et à la cond. de résidence	2	2	1 797 €	0	2	1	0 €	1 797 €	1 500 €
CMU-B - Fraude à l'identité, à la cond. de résidence et de ressources	1	0	0 €	0	0	0	0 €	462 €	0 €
<b>TOTAL CMU-B</b>	<b>206</b>	<b>113</b>	<b>224 931 €</b>	<b>27</b>	<b>116</b>	<b>45</b>	<b>452 267 €</b>	<b>555 583 €</b>	<b>106 231 €</b>

*Typologie des fraudes à la CMU-C en 2012 – Récapitulatif*

CMU-C Typologie des fraudes	Nb fraudes détectées	Nb indus notifiés	Montant indus notifiés	Nombre de saisines du parquet	Nb de lettres d'avertissement	Nb de pénalités financières	Montant préjudice subi	Montant préjudice évité
CMU-C - Fraude à la cond. de ressources	740	343	431 491 €	51	516	nc	500 926 €	212 507 €
CMU-C - Fraude à la cond. de résidence	16	10	17 831 €	3	11	nc	32 142 €	4 187 €
CMU-C - Fraude à l'identité	6	2	3 090 €	5	1	nc	23 210 €	1 500 €
CMU-C - Fraude à la cond. de résidence et de ressources	51	26	34 205 €	2	41	nc	36 793 €	42 007 €
CMU-C - Fraude à l'identité et à la cond. de ressources	26	13	12 031 €	1	7	nc	12 031 €	5 124 €
CMU-C - Fraude à l'identité et à la cond. de résidence	1	0	0 €	1	1	nc	1 655 €	0 €
CMU-C - Fraude à l'identité, à la cond. de résidence et de ressources	1	1	2 901 €	0	1	nc	2 901 €	0 €
<b>TOTAL CMU-C</b>	<b>841</b>	<b>395</b>	<b>501 549 €</b>	<b>63</b>	<b>578</b>	<b>260</b>	<b>609 658 €</b>	<b>265 325 €</b>

Source pour l'ensemble des tableaux : CNAMTS/DCCRF/DIR2FA/STP

#### 4.3.3.2. *L'indicateur sur le contrôle des bénéficiaires de la CMU-C*

Jusqu'en 2013, le Fonds CMU renseignait dans le cadre du programme 183 un indicateur sur la divergence entre les ressources déclarées par les demandeurs de la CMU-C et celles connues à la CAF ou auprès de la DGI. Cet indicateur est fourni par la CNAMTS, à partir des informations transmises par les caisses. L'indicateur est maintenu dans le cadre des différents rapports produits par le Fonds CMU.

Pour l'exercice 2012, les 106 caisses du Régime général d'assurance maladie<sup>74</sup> ont renseigné l'indicateur. Avec un taux de contrôle de 96,51 %, les caisses ont détecté 2,19 % de dossiers qui présentaient des divergences par rapport aux ressources déclarées.

En passant de 98,07 % à 96,51 %, le taux de contrôle en 2012 est inférieur de 1,56 point par rapport à 2011. Il paraît nécessaire d'en connaître les raisons, ainsi que d'avoir plus d'explications sur les diminutions concernant le nombre de divergences par rapport aux ressources déclarées : - 19 % entre 2010 et 2011 (131 224 en 2010 pour 106 514 en 2011) et - 35 % entre 2011 et 2012 (106 514 en 2011 pour 69 000 en 2012).

#### *Contrôle des ressources, taux de contrôle et taux de divergence*

	2009	2010	2011	2012
<b>Contrôle des ressources – Taux de contrôle (A/B)</b>	98,74%	98,43%	98,07%	96,51%
<b>Contrôle des ressources – Taux de divergence (C/A)</b>	5,45%	4,86%	3,57%	2,19%

<sup>74</sup> L'indicateur porte sur l'exhaustivité des caisses depuis 2010. En 2008 il avait porté sur 90 caisses, avec des caisses à forts effectifs parmi les caisses non participantes et en 2009 il avait porté sur 99 caisses.

Source CNAMTS

Contrôle des ressources, nombres de contrôles auprès de la CAF et de la DGI, nombre de dossiers de bénéficiaires, nombre de divergences constatées

		2009	2010	2011	2012
<b>A</b>	<b>Nombre de contrôles auprès de la CAF et de la DGI</b>	2 376 572	2 701 417	2 984 717	3 144 459
<b>B</b>	<b>Nombre de dossiers de bénéficiaires de la CMUC</b>	2 406 926	2 744 382	3 043 355	3 258 191
<b>C</b>	<b>Nombre de divergences par rapport aux ressources déclarées</b>	129 581	131 224	106 514	69 000

Source CNAMTS

Comme l'avait souhaité à plusieurs reprises le Fonds CMU, l'indicateur en 2013 devrait être complété par la mesure du nombre de divergences ayant conduit à une remise en cause de l'ouverture ou du refus du droit à la CMU-C.

Piste de travail 24 : Distinguer la fraude à l'ACS de la fraude à la CMU-C. / Développer des indicateurs qualitatifs sur les profils des fraudeurs et sur les types de ressources concernées (quand la fraude porte sur les ressources déclarées). / Pour les divergences par rapport aux ressources déclarées, compléter l'indicateur en distinguant les divergences ayant conduit à une remise en cause de l'ouverture ou du refus du droit à la CMU-C.

## CONCLUSION

Le Fonds CMU a été chargé d'élaborer le sixième rapport d'évaluation de la loi du 27 juillet 1999. Cette mission est prévue explicitement par l'article 34 de la loi. Il est particulièrement significatif de noter que le principe d'évaluation d'une loi a été considérablement allégé et, qu'en règle générale, cette évaluation est désormais limitée dans le temps, mais l'importance de la loi CMU est telle, qu'elle n'est pas concernée par cette disposition.

Le dernier rapport d'évaluation a été rendu public en mars 2012. Le Fonds CMU avait alors souhaité rappeler que la loi du 27 juillet 1999 s'adressant au décile le plus pauvre de la population, a véritablement permis une grande avancée dans l'accès aux soins des plus fragiles et des plus précaires. Cette loi peut être qualifiée à juste titre comme l'une des plus grandes lois de la protection sociale.

Le sixième rapport d'évaluation dresse un bilan des dispositifs d'aide à la complémentaire santé. Il essaie par ailleurs de décrire les situations insatisfaisantes et formule des propositions. Dans cette conclusion, il sera relevé quelques-uns des principaux problèmes qui interpellent sur les dispositifs de la CMU de base, de la CMU-C, et de l'ACS.

Alors qu'une grande majorité des éligibles à la CMU-C exerce son droit à ce dispositif, le nombre de personnes qui se voient délivrer une attestation de droits à l'ACS reste largement inférieur au nombre d'éligibles. Les causes du *non recours* sont multiples. La méconnaissance des dispositifs reste l'une des principales raisons avancées. De nombreux efforts ont déjà été entrepris par l'ensemble des partenaires pour améliorer la communication et l'information. Ils doivent se poursuivre.

Par ailleurs, les réflexions en cours sur la complexité des démarches doivent conduire à des propositions concrètes afin de *simplifier pour l'utilisateur l'accès aux dispositifs* : simplification du dossier de demande, attribution automatique lors de l'octroi d'une autre prestation soumise aux mêmes conditions de ressources, simplification de la procédure de renouvellement des droits... Il est également nécessaire de poursuivre le développement des échanges dématérialisés avec l'ensemble des partenaires.

Des mesures importantes ont été prises dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté par le Comité interministériel de lutte contre les exclusions le 21 janvier 2013.

Pour répondre au problème du décrochage du *plafond de ressources de la CMU-C*, qui n'avait été revalorisé que selon l'indice des prix hors tabacs, le plan pauvreté a décidé, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013, une *revalorisation sensible les plafonds de ressources* de la CMU-C et de l'ACS de 8,3 % (dont 7,0 % de revalorisation exceptionnelle).

Toutes ces actions doivent conduire à améliorer *l'accès à la complémentaire santé* qui est un élément déterminant de l'accès aux soins, principalement et surtout pour les populations pauvres, qui plus est en mauvaise santé, pour qui la charge financière associée aux soins peut s'avérer trop lourde pour être assumée.

Pour répondre au *problème du renoncement aux soins* des bénéficiaires de la CMU-C, le Premier Ministre a acté la revalorisation du panier de soins optique et audioprothèse, reprenant ainsi les propositions formulées dans le précédent rapport d'évaluation.

Pour l'ACS le problème du reste à charge est plus accentué car il est double. D'une part sur le prix du contrat, même si l'ACS en paye 50 %, d'autre part sur les prestations, car les bénéficiaires de l'ACS achètent des contrats de niveau très médiocre. Face à l'échec du label ACS qui n'a malheureusement pas pu aboutir et sur lequel le Fonds CMU s'était fortement investi, la LFSS pour 2014 instaure une *mise en concurrence des contrats ACS*. Au-delà de la nécessité de réunir l'ensemble des acteurs pour définir le cahier des charges qui permettra de retenir des contrats de qualité, il sera essentiel de rechercher des solutions qui permettront de bien gérer la transition vers les contrats sélectionnés pour les bénéficiaires de l'ACS.

La conclusion de ce rapport ne saurait oublier de mentionner l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier transposé dans la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi dont l'article 1 généralise les contrats collectifs au profit des salariés. Les travailleurs les plus pauvres bénéficieront donc de cette mesure. Par ailleurs, le Président de la République a souhaité revoir les règles d'exonérations fiscales et sociales des contrats collectifs. Il faut faire en sorte que cette « réorientation » profite aux plus démunis d'entre nous.

Reste également à trouver l'articulation nécessaire entre les différents niveaux de garanties : CMU- C, ACS, contrats responsables et contrats ANI.

## GLOSSAIRE

<b>ACOSS</b>	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
<b>ACS</b>	Aide pour une complémentaire santé
<b>ALD</b>	Affections de Longue Durée
<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire
<b>ANI</b>	Accord national interprofessionnel
<b>ASPA</b>	L'allocation de solidarité aux personnes âgées
<b>BO</b>	Bulletin Officiel
<b>CAF</b>	Caisse d'allocations familiales
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale
<b>CCMSA</b>	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
<b>CES</b>	Centre d'examens de santé
<b>CETAF</b>	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé de la caisse nationale des travailleurs salariés
<b>CGSS</b>	Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) pour les DOM
<b>CIAS</b>	Centres intercommunaux d'action sociale
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>CMU-B</b>	Couverture maladie universelle de base
<b>CMU-C</b>	Couverture maladie universelle complémentaire
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>Dom</b>	Département d'outre-mer
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques
<b>DSS</b>	Direction de la sécurité sociale
<b>EN3S</b>	École nationale supérieure de sécurité sociale
<b>EPICES</b>	Indicateur de précarité des centres d'examens de santé (Score)
<b>ESPS</b>	Enquête sur la santé et la protection sociale
<b>HCCAM</b>	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>IRDES</b>	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
<b>JO</b>	Journal officiel
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la sécurité sociale
<b>LOLF</b>	Loi organique relative aux lois de finances
<b>OC</b>	Organisme complémentaire
<b>ODENORE</b>	Observatoire des non-recours aux droits et services
<b>ONPES</b>	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
<b>PQE</b>	Programme de qualité et d'efficience
<b>RAC</b>	Reste à charge
<b>RMI</b>	Revenu minimum d'insertion
<b>RSA</b>	Revenu de solidarité active

<b>RSI</b>	Régime social des indépendants
<b>SGMAP</b>	secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
<b>SLM</b>	Section locale mutualiste
<b>TSA</b>	Taxe de solidarité additionnelle (« taxe CMU »)
<b>TSCA</b>	Taxe sur les conventions d'assurance
<b>UNCCAS</b>	Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
<b>UNOCAM</b>	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
<b>URSSAF</b>	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

## TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PROPOSITIONS ET DES PISTES DE TRAVAIL

### 1 – FAVORISER LE RECOURS AUX DROITS ET AMELIORER LE RECOURS AUX SOINS

Proposition 7 : Dans le courant du premier semestre 2014, en concertation avec l'ensemble de la profession, formuler des propositions sur l'évolution du panier de soins dentaire CMU C, après avoir identifié les actes qui peuvent poser de réels problèmes financiers, notamment s'ils engendrent des refus de soins de la part des professionnels ayant une forte proportion de bénéficiaires de la CMU C, ou des restes à charge qui mènent les patients au renoncement aux soins. Page 124

Proposition 8 : Définir le cahier des charges de la mise en concurrence des contrats ACS en associant l'ensemble des acteurs du monde de la complémentaire santé et en tenant compte des travaux menés dans le cadre du label ACS. Page 130

Proposition 9 : Dans le cadre de la mise en concurrence des contrats ACS, généraliser le tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS (tiers payant sur la part obligatoire et tiers payant sur la part complémentaire). Page 130

Proposition 14 : À l'instar d'une carte de mutuelle classique, expérimenter la création d'une carte mutuelle CMU-C rappelant l'étendue des droits des bénéficiaires de la CMU-C. Page 151

Proposition 19 : Poursuivre la réflexion en cours sur la réorientation des aides fiscal-socials en faveur des plus modestes (retraités à faibles revenus, étudiants, chômeurs de longue durée). Page 181

### 2 - SIMPLIFIER ET AUTOMATISER

Proposition 2 : Simplifier l'accès à la liste nationale des organismes gestionnaires de la CMU C. Page 41

Proposition 4 : Dans le cadre de la mise en concurrence des contrats ACS, envisager de manière opérationnelle la suppression de l'attestation de droits et l'automatisation du versement de l'aide directement de la caisse à l'OC. Page 74

Proposition 5 : Engager une réflexion sur la simplification du formulaire de demande et l'allègement des pièces justificatives à produire lors du renouvellement des droits CMU C/ACS. Page 74

Proposition 11 : Suivre l'expérimentation d'un dossier de demande simplifié pour les bénéficiaires de minima sociaux. Page 145

Proposition 12 : Suivre l'étude menée sur l'alignement des conditions d'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS sur celles en vigueur pour les prestations familiales et les aides au logement. Mettre en évidence les situations susceptibles de poser problème en réalisant une étude pour déterminer les cas de figure « gagnants – perdants » et l'impact financier. Page 146

Proposition 13 : Permettre la reconduction automatique des droits ACS pour les allocataires de l'ASPA et développer tous les moyens existants pour améliorer le taux de non recours à la CMU-C des allocataires du RSA socle. Page 148

Proposition 15 : Développer les initiatives des OC visant à faciliter les démarches des bénéficiaires dans le dispositif de l'ACS lorsqu'ils y ont droit, ou à les accompagner en cas de dépassement du plafond de ressources ACS. Évaluer les actions déjà mises en place pour favoriser le recours à l'ACS. Page 161

Piste de travail 17 : Engager une réelle réflexion et faire des propositions d'évolution des textes existants pour parvenir à la dématérialisation de la demande de CMU-C/ACS. Page 151

### **3 – DETECTER LES BENEFICIAIRES POTENTIELS ET MIEUX INFORMER LES PARTENAIRES**

Proposition 1 : Mettre à la disposition de l'ensemble des acteurs (CPAM, OC, CAF...) une information spécifique sur les avantages et les inconvénients de chaque option (État et OC) pour la gestion des droits CMU-C. Page 41

Piste de travail 16 : Développer les actions ciblées à l'égard des bénéficiaires potentiels par la poursuite et le développement des échanges dématérialisés entre les partenaires, notamment avec Pôle Emploi. Utiliser le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) à des fins de facilitation de l'accès aux droits. Page 149

Piste de travail 18 : Développer les actions de recherche des bénéficiaires potentiels CMU C/ACS.

Page 158

Piste de travail 19 : Encourager les actions ciblées à l'égard des bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas utilisé leur attestation. Poursuivre les efforts entrepris par les caisses d'assurance maladie pour améliorer l'information et la compréhension des dispositifs au travers des courriers de notification adressés aux demandeurs et bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Page 159

## 4 – LUTTE CONTRE LES REFUS DE SOINS ET LE NON RESPECT DES TARIFS OPPOSABLES

Proposition 10 : Mettre en œuvre sans délai des indicateurs de suivi sur la bonne application de l'avenant n° 8 concernant l'opposabilité des tarifs aux bénéficiaires de l'ACS (nombre d'avertissements envoyés par les CPAM dans le cadre de la procédure conventionnelle de sanction).

Page 131

Proposition 17 : Tirer les conséquences de l'avis qui sera rendu par le Défenseur des droits afin de se donner les moyens, à partir d'un dispositif dont le contenu aura été concerté avec les professionnels, de sanctionner les refus de soins.

Page 172

Piste de travail 22 : Systématiser les requêtes au sein des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie afin de détecter les situations de refus de tiers-payant ou de dépassement d'honoraires à l'encontre des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Page 172

## 5 - MIEUX CONNAITRE LES DISPOSITIFS ET LES BENEFICIAIRES

### MIEUX PRENDRE EN COMPTE CERTAINES SITUATIONS PARTICULIERES

Proposition 3 : Instaurer une obligation d'information des organismes complémentaires à l'égard des caisses d'assurance maladie sur la date de début du contrat ACS pour permettre aux caisses de mener des actions ciblées à l'égard des bénéficiaires potentiels ou dont les droits arrivent à échéance.

Page 74

Proposition 6 : Mener une expertise coût/opportunité visant à mieux prendre en compte certaines situations particulières lors de l'étude des ressources (passage à l'ASS, passage à la retraite ...).

Page 110

Piste de travail 2 : Créer un indicateur sur le recours à la CMU-C des bénéficiaires du RSA socle, à l'échelon national et départemental, au régime général.

Page 35

Piste de travail 3 : Fluidifier les échanges entre les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires pour permettre la dématérialisation des flux en ce qui concerne l'ouverture des droits à la CMU-C. Page 40

Piste de travail 4 : Produire au Régime général un indicateur annuel sur la dépense totale (part régime obligatoire et part CMU C) des bénéficiaires de la CMU C, moyenne par consommant, comparativement à celle des non bénéficiaires (avec et sans complémentaire santé). Produire au Régime général des indicateurs détaillés sur les bénéficiaires de la CMU C consommant des soins hospitaliers, comparativement aux non bénéficiaires (avec et sans complémentaire santé). Page 63

Piste de travail 5 : Revoir au niveau du Fonds CMU, et en lien avec la DREES, le dispositif de suivi du prix et du contenu des contrats ACS dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Page 84

Piste de travail 6 : Mener des travaux sur l'effet de l'ACS en termes d'amélioration du niveau de couverture et d'accès aux soins. Page 84

Piste de travail 7 : Relancer rapidement une étude sur le non recours à l'ACS. Sensibiliser davantage les OC sur leur rôle de relai d'informations en direction de leurs bénéficiaires sur l'ACS. Page 91

Piste de travail 8 : Étendre les indicateurs de suivi de l'ACS (le délai d'utilisation des attestations AC, la durée moyenne dans le dispositif ACS et le devenir des bénéficiaires à l'issue de l'année de droit ACS) à d'autres OC retenus dans le cadre de la mise en concurrence. Page 95

Piste de travail 9 : Améliorer la connaissance sur le dispositif ACS en créant d'autres indicateurs de suivi au niveau des trois grands régimes d'assurance maladie, notamment visant à mieux connaître l'état de santé des bénéficiaires de l'ACS. Page 95

Piste de travail 10 : Calculer un taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires du RSA au niveau départemental et national. Page 104

Piste de travail 11 : Réaliser une étude auprès d'un échantillon de caisses du régime général pour mieux caractériser la population bénéficiaire de la CMU de base. Page 108

Piste de travail 12 : Suivre, à partir de juin 2014 l'évolution des effectifs de la CMU de base au titre du régime 801 (ou du nouveau régime éventuellement créé) pour les travailleurs frontaliers qui avaient fait le choix d'être assurés en France avec une assurance privée. Page 108

Piste de travail 23 : Derrière les chiffres et évolutions affichées au niveau de l'assiette déclarée par les OC, il serait souhaitable de pouvoir disposer de données qualitatives plus précises permettant d'expliquer les tendances observées, notamment s'agissant des hypothèses de risque de démutualisation ou de réduction de garanties. Dans le cadre de son enquête annuelle sur la situation financière des OC, l'exploitation par la DREES des informations qui lui sont remontées sur les effectifs protégés selon leur couverture (individuel ou collectif) est attendue. Page 179

Piste de travail 24 : Distinguer la fraude à l'ACS de la fraude à la CMU C. / Développer des indicateurs qualitatifs sur les profils des fraudeurs et sur les types de ressources concernées (quand la fraude porte sur les ressources déclarées). / Pour les divergences par rapport aux ressources déclarées, compléter l'indicateur en distinguant les divergences ayant conduit à une remise en cause de l'ouverture ou du refus du droit à la CMU-C. Page 188

## 6 – SUIVRE ET EVALUER

Proposition 16 : Dans le contexte du déploiement de l'outil @RSA enrichi, procéder à une nouvelle évaluation nationale de la pré instruction de la CMU-C par les CAF, afin d'identifier les difficultés persistantes. Au-delà des caisses d'allocations familiales, étendre l'évaluation de la mise en place de la pré instruction aux conseils généraux. Page 168

Proposition 18 : Compléter la circulaire de la direction de la sécurité sociale du 8 avril 2011 sur différents points : les délégations de gestion, les primes acquises non émises (et inversement) et l'étendue du pouvoir de contrôle du Fonds CMU. Cette clarification serait construite en concertation entre le Fonds CMU, la direction de la sécurité sociale et l'ACOSS. Page 180

Piste de travail 1 : Approfondir l'étude sur la forte densité de population cible dans la tranche P + 35 % – P + 44,5 %, qui correspond à l'élargissement du plafond de l'ACS par rapport au plafond 2013, suite à la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond du 1er juillet 2013. Intégrer les départements d'outre-mer dans ces évaluations sur les populations cible. Page 31

Piste de travail 13 : Mettre en place au Régime général un suivi mensuel de la mesure de relèvement des plafonds de ressources sur l'ensemble des caisses pour la CMU C et pour l'ACS. Page 120

Piste de travail 14 : Suivre, au sein des régimes, les professionnels de santé pratiquant un RAC sur les soins relevant du panier CMU C dentaire ou ceux pratiquant la future CCAM dentaire pouvant permettre des restes à charge excessifs dans le cadre de l'alternative thérapeutique. Page 124

Piste de travail 15 : Travailler au sein des régimes et des caisses, en coordination avec les professionnels de santé, sur le suivi du parcours de soins des bénéficiaires de la CMU C, afin de quantifier les proportions d'abandon de soins dentaires et de dégager des solutions pour les problèmes identifiés. Page 124

Piste de travail 20 : Suivre la mise en place des conventions locales CPAM-CGSS/CCAS. Réaliser un bilan de ces expérimentations en recensant les éventuelles difficultés et en proposant des améliorations opérationnelles. Page 164

Piste de travail 21 : Afin de mesurer l'efficacité de l'attribution provisoire de trois mois, réaliser une expertise évaluant la part des attributions provisoires ne donnant pas lieu à une prolongation des droits de 9 mois. Page 168

## TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PROPOSITIONS

Proposition 1 : Mettre à la disposition de l'ensemble des acteurs (CPAM, OC, CAF...) une information spécifique sur les avantages et les inconvénients de chaque option (État et OC) pour la gestion des droits CMU-C.

Page 41

Proposition 2 : Simplifier l'accès à la liste nationale des organismes gestionnaires de la CMU-C.

Page 41

Proposition 3 : Instaurer une obligation d'information des organismes complémentaires à l'égard des caisses d'assurance maladie sur la date de début du contrat ACS pour permettre aux caisses de mener des actions ciblées à l'égard des bénéficiaires potentiels ou dont les droits arrivent à échéance.

Page 74

Proposition 4 : Dans le cadre de la mise en concurrence des contrats ACS, envisager de manière opérationnelle la suppression de l'attestation de droits et l'automatisation du versement de l'aide directement de la caisse à l'OC.

Page 74

Proposition 5 : Engager une réflexion sur la simplification du formulaire de demande et l'allègement des pièces justificatives à produire lors du renouvellement des droits CMU-C/ACS.

Page 74

Proposition 6 : Mener une expertise coût/opportunité visant à mieux prendre en compte certaines situations particulières lors de l'étude des ressources (passage à l'ASS, passage à la retraite ...).

Page 110

Proposition 7 : Dans le courant du premier semestre 2014, en concertation avec l'ensemble de la profession, formuler des propositions sur l'évolution du panier de soins dentaire CMU-C, après avoir identifié les actes qui peuvent poser de réels problèmes financiers, notamment s'ils engendrent des refus de soins de la part des professionnels ayant une forte proportion de bénéficiaires de la CMU-C, ou des restes à charge qui mènent les patients au renoncement aux soins.

Page 124

Proposition 8 : Définir le cahier des charges de la mise en concurrence des contrats ACS en tenant compte des travaux menés dans le cadre du label ACS.

Page 130

Proposition 9 : Dans le cadre de la mise en concurrence des contrats ACS, généraliser le tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS (tiers payant sur la part obligatoire et tiers payant sur la part complémentaire).

Page 130

Proposition 10 : Mettre en œuvre des indicateurs de suivi sur la bonne application de l'avenant n° 8 concernant l'opposabilité des tarifs aux bénéficiaires de l'ACS (nombre d'avertissements envoyés par les CPAM dans le cadre de la procédure conventionnelle de sanction).

Page 131

Proposition 11 : Suivre l'expérimentation d'un dossier de demande simplifié pour les bénéficiaires de minima sociaux.

Page 145

Proposition 12 : Suivre l'étude menée sur l'alignement des conditions d'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS sur celles en vigueur pour les prestations familiales et les aides au logement. Mettre en évidence les situations susceptibles de poser problème en réalisant une étude pour déterminer les cas de figure « gagnants – perdants » et l'impact financier.

Page 146

Proposition 13 : Permettre la reconduction automatique des droits ACS pour les allocataires de l'ASPA et développer tous les moyens existants pour améliorer le taux de non recours à la CMU-C des allocataires du RSA socle.

Page 148

Proposition 14 : À l'instar d'une carte de mutuelle classique, expérimenter la création d'une carte mutuelle CMU-C rappelant l'étendue des droits des bénéficiaires de la CMU-C.

Page 151

Proposition 15 : Développer les initiatives des OC visant à faciliter les démarches des bénéficiaires dans le dispositif de l'ACS lorsqu'ils y ont droit, ou à les accompagner en cas de dépassement du plafond de ressources ACS. Évaluer les actions déjà mises en place pour favoriser le recours à l'ACS.

Page 161

Proposition 16 : Dans le contexte du déploiement de l'outil @RSA enrichi, procéder à une nouvelle évaluation nationale de la pré instruction de la CMU-C par les CAF, afin d'identifier les difficultés persistantes. Au-delà des caisses d'allocations familiales, étendre l'évaluation de la mise en place de la pré instruction aux conseils généraux.

Page 168

Proposition 17 : Tirer les conséquences de l'avis qui sera rendu par le Défenseur des droits afin de se donner les moyens, à partir d'un dispositif dont le contenu aura été concerté avec les professionnels, de sanctionner les refus de soins.

Page 172

Proposition 18 : Compléter la circulaire de la direction de la sécurité sociale du 8 avril 2011 sur différents points : les délégations de gestion, les primes acquises non émises (et inversement) et l'étendue du pouvoir de contrôle du Fonds CMU. Cette clarification serait construite en concertation entre le Fonds CMU, la direction de la sécurité sociale et l'ACOSS.

Page 180

Proposition 19 : Poursuivre la réflexion en cours sur la réorientation des aides fiscalo-sociales en faveur des plus modestes (retraités à faibles revenus, étudiants, chômeurs de longue durée).

Page 181

## TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PISTES DE TRAVAIL

Piste de travail 1 : Approfondir l'étude sur la forte densité de population cible dans la tranche P + 35 % – P + 44,5 %, qui correspond à l'élargissement du plafond de l'ACS par rapport au plafond 2013, suite à la mesure exceptionnelle de relèvement du plafond du 1er juillet 2013. Intégrer les départements d'outre-mer dans ces évaluations sur les populations cible.

Page 31

Piste de travail 2 : Créer un indicateur sur le recours à la CMU-C des bénéficiaires du RSA socle, à l'échelon national et départemental, au régime général.

Page 35

Piste de travail 3 : Fluidifier les échanges entre les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires pour permettre la dématérialisation des flux en ce qui concerne l'ouverture des droits à la CMU-C.

Page 40

Piste de travail 4 : Produire au Régime général un indicateur annuel sur la dépense totale (part régime obligatoire et part CMU-C) des bénéficiaires de la CMU-C, moyenne par consommant, comparativement à celle des non bénéficiaires (avec et sans complémentaire santé). Produire au Régime général des indicateurs détaillés sur les bénéficiaires de la CMU-C consommant des soins hospitaliers, comparativement aux non bénéficiaires (avec et sans complémentaire santé).

Page 63

Piste de travail 5 : Revoir au niveau du Fonds CMU, et en lien avec la DREES, le dispositif de suivi du prix et du contenu des contrats ACS dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Page 84

Piste de travail 6 : Mener des travaux sur l'effet de l'ACS en termes d'amélioration du niveau de couverture et d'accès aux soins.

Page 84

Piste de travail 7 : Relancer rapidement une étude sur le non recours à l'ACS. Sensibiliser davantage les OC sur leur rôle de relais d'informations en direction de leurs bénéficiaires sur l'ACS.

Page 91

Piste de travail 8 : Étendre les indicateurs de suivi de l'ACS (le délai d'utilisation des attestations AC, la durée moyenne dans le dispositif ACS et le devenir des bénéficiaires à l'issue de l'année de droit ACS) à d'autres OC retenus dans le cadre de la mise en concurrence.

Page 95

Piste de travail 9 : Améliorer la connaissance sur le dispositif ACS en créant d'autres indicateurs de suivi au niveau des trois grands régimes d'assurance maladie, notamment visant à mieux connaître l'état de santé des bénéficiaires de l'ACS.

Page 95

Piste de travail 10 : Calculer un taux de recours à la CMU-C des bénéficiaires du RSA au niveau départemental et national.

Page 104

Piste de travail 11 : Réaliser une étude auprès d'un échantillon de caisses du régime général pour mieux caractériser la population bénéficiaire de la CMU de base.

Page 108

Piste de travail 12 : Suivre, à partir de juin 2014 l'évolution des effectifs de la CMU de base au titre du régime 801 (ou du nouveau régime éventuellement créé) pour les travailleurs frontaliers qui avaient fait le choix d'être assurés en France avec une assurance privée.

Page 108

Piste de travail 13 : Mettre en place au Régime général un suivi mensuel de la mesure de relèvement des plafonds de ressources sur l'ensemble des caisses pour la CMU-C et pour l'ACS.

Page 120

Piste de travail 14 : Suivre, au sein des régimes, les professionnels de santé pratiquant un RAC sur les soins relevant du panier CMU-C dentaire ou ceux pratiquant la future CCAM dentaire pouvant permettre des restes à charge excessifs dans le cadre de l'alternative thérapeutique.

Page 124

Piste de travail 15 : Travailler au sein des régimes et des caisses, en coordination avec les professionnels de santé, sur le suivi du parcours de soins des bénéficiaires de la CMU-C, afin de quantifier les proportions d'abandon de soins dentaires et de dégager des solutions pour les problèmes identifiés.

Page 124

Piste de travail 16 : Développer les actions ciblées à l'égard des bénéficiaires potentiels par la poursuite et le développement des échanges dématérialisés entre les partenaires, notamment avec Pôle Emploi. Utiliser le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) à des fins de facilitation de l'accès aux droits.

Page 149

Piste de travail 17 : Engager une réelle réflexion et faire des propositions d'évolution des textes existants pour parvenir à la dématérialisation de la demande de CMU-C/ACS.

Page 151

Piste de travail 18 : Développer les actions de recherche des bénéficiaires potentiels CMU-C/ACS.

Page 158

Piste de travail 19 : Encourager les actions ciblées à l'égard des bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas utilisé leur attestation. Poursuivre les efforts entrepris par les caisses d'assurance maladie pour améliorer l'information et la compréhension des dispositifs au travers des courriers de notification adressés aux demandeurs et bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Page 159

Piste de travail 20 : Suivre la mise en place des conventions locales CPAM-CGSS/CCAS. Réaliser un bilan de ces expérimentations en recensant les éventuelles difficultés et en proposant des améliorations opérationnelles.

Page 164

Piste de travail 21 : Afin de mesurer l'efficacité de l'attribution provisoire de trois mois, réaliser une expertise évaluant la part des attributions provisoires ne donnant pas lieu à une prolongation des droits de 9 mois.

Page 168

Piste de travail 22 : Systématiser les requêtes au sein des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie afin de détecter les situations de refus de tiers-payant ou de dépassement d'honoraires à l'encontre des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Page 172

Piste de travail 23 : Derrière les chiffres et évolutions affichées au niveau de l'assiette déclarée par les OC, il serait souhaitable de pouvoir disposer de données qualitatives plus précises permettant d'expliquer les tendances observées, notamment s'agissant des hypothèses de risque de démutualisation ou de réduction de garanties. Dans le cadre de son enquête annuelle sur la situation financière des OC, l'exploitation par la DREES des informations qui lui sont remontées sur les effectifs protégés selon leur couverture (individuel ou collectif) est attendue.

Page 179

Piste de travail 24 : Distinguer la fraude à l'ACS de la fraude à la CMU-C. / Développer des indicateurs qualitatifs sur les profils des fraudeurs et sur les types de ressources concernées (quand la fraude porte sur les ressources déclarées). / Pour les divergences par rapport aux ressources déclarées, compléter l'indicateur en distinguant les divergences ayant conduit à une remise en cause de l'ouverture ou du refus du droit à la CMU-C.

Page 188