

Évaluation de la Loi CMU

RAPPORT N°V

NOVEMBRE 2011

réalisé en application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999

Tour Onyx – 10, rue Vandrezanne – 75013 PARIS

☎ 01 58 10 11 90 📠 01 58 10 11 99

www.cmu.fr

accueil@fonds-cmu.gouv.fr

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
REMERCIEMENTS	8
INTRODUCTION	10
1. POURSUIVRE LA PROMOTION DE L'ACCES AUX SOINS EN FAVEUR DES PERSONNES DEMUNIES	12
1.1. Une prise en charge indispensable pour accéder aux soins	12
1.1.1. Présentation des dispositifs	12
1.1.1.1. Le contenu de chaque dispositif	12
1.1.1.2. Les dernières évolutions législatives et réglementaires	16
1.1.1.3. Les barèmes d'attribution	21
1.1.2. Description des enjeux	22
1.1.2.1. L'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C	22
1.1.2.2. La part de la population disposant d'une complémentaire santé	25
1.1.2.3. Les aides publiques d'incitation à la complémentaire santé	26
1.2. Une prise en charge croissante mais maîtrisée dans un contexte de crise économique : la CMU-C	27
1.2.1. L'augmentation des effectifs de la CMU-C	27
1.2.1.1. Les effets retard de la crise économique	27
1.2.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C	30
1.2.1.3. Les profils des bénéficiaires	36
1.2.2. La problématique du relèvement du plafond	39
1.2.3. Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C	42
1.2.3.1. La dépense moyenne globale	42
1.2.3.2. La dépense pour la part CMU-C	44
1.2.3.3. Le coût moyen de la CMU-C	44
1.2.4. Point sur la dépense hospitalière pour la part CMU-C	46
1.2.4.1. Le contexte de l'approche	46
1.2.4.2. La prépondérance de l'hôpital public et des soins hospitaliers	47
1.2.4.3. La répartition de la dépense hospitalière par type de prestations	48
1.3. Une prise en charge qui touche difficilement sa cible : l'ACS	51
1.3.1. Présentation des effectifs	51
1.3.1.1. Un nombre de bénéficiaires qui peine à augmenter significativement	52
1.3.1.2. Un taux d'utilisation élevé	58
1.3.2. La problématique de la population cible ACS	59
1.3.3. Les aides supplémentaires ACS	61
1.3.4. Le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS en 2010	63
1.3.4.1. La synthèse des principales données	63
1.3.4.2. L'impact sur le prix des contrats des différents facteurs étudiés	64
1.3.4.3. Comparaison des niveaux de garantie	65
1.3.5. Données comparatives par département entre ACS et CMU-C	66

1.4. Une prise en charge modifiée compte tenu des évolutions réglementaires : la CMU de base	70
1.4.1. L'augmentation, puis la stabilisation des effectifs de la CMU de base	70
1.4.1.1. Un phénomène maîtrisé	70
1.4.1.2. L'évolution des effectifs de la CMU de base par régime d'attribution ..	71
1.4.1.3. La répartition des effectifs de la CMU de base par département	72
1.4.2. La mise en œuvre et l'impact des nouvelles règles de gestion des droits	74
1.4.2.1. Le contexte réglementaire	74
1.4.2.2. La mise en œuvre des nouvelles règles de gestion des droits par les régimes obligatoires	74
1.4.3. L'application du caractère obligatoire et subsidiaire de la CMU de base	79
1.4.3.1. Le contrôle du caractère obligatoire	79
1.4.3.2. Le respect du caractère subsidiaire	80
2. REDUIRE LES INEGALITES DANS L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DEMUNIES	82
2.1. Le renoncement aux soins et les retards aux soins	82
2.1.1. Définition et mesure du renoncement aux soins à travers l'enquête ESPS ...	82
2.1.2. L'enquête du CETAF pour les bénéficiaires de la CMU-C	83
2.1.3. Les autres études	90
2.2. Les restes à charge	92
2.2.1. Les RAC et la CMU-C	94
2.2.1.1. Éléments généraux sur les restes à charge des bénéficiaires de la CMU- C 94	
2.2.1.2. Les restes à charge sur le dentaire	101
2.2.1.3. Les restes à charge sur l'optique	101
2.2.2. Les RAC et l'ACS	107
2.3. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C	108
2.3.1. Définitions et résultats des actions mises en œuvre	109
2.3.1.1. Les refus de soins révélés au travers des testings	109
2.3.1.2. Le cadre juridique de la lutte contre les refus de soins renforcé par la loi HPST 110	
2.3.1.3. La mise en œuvre de la lutte contre les refus de soins	111
2.3.1.4. Le bilan des signalements de refus de soins	112
2.3.2. Un nouveau testing sur les refus de soins en milieu rural	114
2.3.2.1. La problématique et la méthodologie	114
2.3.2.2. Les professionnels de santé testés	115
2.3.2.3. Les résultats	115
3. FACILITER L'ACCES AUX DROITS ET A TOUS LES SOINS DES PERSONNES DEMUNIES	119
3.1. Analyser les causes du non recours	119
3.1.1. Les études existantes pour expliquer ce phénomène	119
3.1.2. Lien entre CMU de base et CMU-C	124
3.1.2.1. Le recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806	124
3.1.2.2. La baisse du non recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806	125
3.2. Favoriser et promouvoir l'accès aux dispositifs	126

3.2.1.	Les orientations stratégiques définies par les caisses nationales.....	126
3.2.2.	Les mesures de simplification visant à améliorer l'efficacité des caisses tout en favorisant l'accès aux droits	133
3.2.3.	Le recours à la CMU-C des allocataires du RSA socle	136
3.2.3.1.	La pré-instruction par les caisses d'allocations familiales	136
3.2.3.2.	Les autres mesures visant à faciliter l'accès à la CMU-C de ces allocataires	139
3.2.4.	La mise en œuvre du tiers payant social	140
3.2.4.1.	La lisibilité et la comparabilité des contrats	144
3.2.4.2.	L'adaptation de l'offre.....	144
3.2.4.3.	La question du contrat repère	146
3.2.5.	Le rôle des associations et des autres structures	147
3.3.	Développer les partenariats	148
3.3.1.	Le rôle des CCAS dans l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C	148
3.3.2.	Le rôle des structures hospitalières	149
4.	ASSURER LA PERENNITE DES DISPOSITIFS	151
4.1.	Le financement des dispositifs.....	151
4.1.1.	Le passage de la contribution CMU en taxe	151
4.1.2.	Les modalités déclaratives	151
4.1.3.	Le ralentissement de la progression du chiffre d'affaires	152
4.1.4.	Des évolutions contrastées entre familles d'OC.....	153
4.2.	Le contrôle des dispositifs	156
4.2.1.	Le cadre juridique et évolutions législatives et réglementaires de la lutte contre la fraude	157
4.2.1.1.	Au niveau national.....	157
4.2.1.2.	Au niveau local	160
4.2.2.	La mise en œuvre pratique de la lutte contre la fraude	162
4.2.2.1.	Les outils du contrôle des ressources et les difficultés de mise en œuvre.....	162
4.2.2.2.	L'indicateur du programme 183 sur le contrôle des ressources	166
4.2.3.	Le bilan de la lutte contre la fraude	168
4.2.3.1.	Bilan de la CNAMTS.....	168
4.2.3.2.	Bilan de la CCMSA	169
	CONCLUSION.....	171
	TABLEAU RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS	173
	TABLEAU RECAPITULATIF DES PISTES DE TRAVAIL.....	175
	LISTE DES ANNEXES	177
	ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION DE LA DSS.....	178
	ANNEXE 2 : ENQUETE SANTE PROTECTION SOCIALE 2008	181
	ANNEXE 3 : ÉTUDE DE L'INSEE SUR LES NIVEAUX DE VIE EN 2009	190
	ANNEXE 4 : NOTE DE LA DREES SUR LES EFFECTIFS ELIGIBLES A LA CMU-C ET A L'ACS	194

ANNEXE 5 : ÉTUDE SUR LES RESTES A CHARGE DE DES BENEFICIAIRES DE LA CMU-C (POINT DE REPERES DE LA CNAMTS ET SYNTHÈSE DES ETUDES LOCALES)	198
ANNEXE 6 : FOCUS SUR LE PANIER DE SOINS OPTIQUE.....	217
ANNEXE 7 : SYNTHÈSE DU TESTING 2011 SUR LES REFUS DE SOINS EN MILIEU RURAL.....	223
ANNEXE 8 : FOCUS SUR LES DEPENSES DU REGIME GENERAL	273
ANNEXE 9 : ANNUAIRE STATISTIQUE	280

REMERCIEMENTS

La direction et 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
- ✚ Institut de recherche et de documentation en économie de la santé - IRDES
- ✚ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie - HCAAM
- ✚ 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
- ✚ Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale - CNLE
- ✚ Délégation nationale de lutte contre la fraude - DNLF
- ✚ L'Observatoire national des zones urbaines sensibles - ONZUS
- ✚ L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale - ONPES
- ✚ Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaire - UNOCAM
- ✚ Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé - CETAF
- ✚ École nationale supérieure de sécurité sociale - EN3S

Les fédérations

- ✚ Fédération nationale de la mutualité française - FNMF
- ✚ Fédération des mutuelles de France - FMF
- ✚ Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles - FNIM
- ✚ 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 - CNOCD
- ✚ Conseil national de l'ordre des médecins - CNOM

Les associations

- ✚ ATD Quart Monde
- ✚ Collectif interassociatif sur la santé - CISS
- ✚ Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale - FNARS
- ✚ La Croix Rouge Française
- ✚ Médecins du Monde
- ✚ Secours catholique
- ✚ Secours populaire français
- ✚ Union nationale des associations familiales - UNAF
- ✚ Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux - UNIOPSS

Les caisses primaires d'assurance maladie

-  CPAM de l'Ain (01)
-  CPAM des Bouches du Rhône (13)
-  CPAM de la Drôme (26)
-  CPAM du Finistère (29)
-  CPAM du Loiret (45)
-  CPAM de Lille-Douai (59)
-  CPAM de Paris (75)
-  CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime (76)
-  CPAM du Tarn (81)
-  CPAM des Hauts-de-Seine (92)
-  CPAM de la Seine-Saint-Denis (93)

La MSA

-  MSA de Gironde (33)

INTRODUCTION

L'article 34 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU-C) prévoit que le Gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation de l'application de la loi.

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

Plus de dix ans après sa mise en œuvre, et dans le contexte de crise économique et financière dans lequel se trouve notre pays depuis ces trois dernières années et qui a conduit à un accroissement du taux de la pauvreté de 0,5 point entre 2008 et 2009¹, la loi CMU demeure plus que jamais, et dans toutes ses composantes, un facteur déterminant dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS (aide pour une complémentaire santé) facilitent l'accès aux soins des populations les plus démunies, par ailleurs touchées par d'importantes disparités en matière d'espérance de vie et de morbidité.

Ces dispositifs contribuent à limiter le renoncement aux soins des populations les plus fragiles. Toutefois, ces dernières peuvent encore rencontrer des difficultés d'accès aux droits et des difficultés financières d'accès aux soins. Des dépassements d'honoraires élevés et des refus de soins peuvent constituer de véritables obstacles.

Le présent rapport d'évaluation présentera l'ensemble des éléments disponibles permettant d'analyser l'évolution de ces phénomènes, en intégrant la question des restes à charge comme un élément déterminant dans la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Si globalement les constats que l'on peut faire sur la CMU-C et l'ACS sont positifs, des marges de progrès sur l'accès aux soins sont encore possibles.

En premier lieu, en dépit des mesures de revalorisation successives et des efforts déployés par l'ensemble des acteurs, les objectifs fixés en matière d'ACS sont aujourd'hui loin d'être atteints. Sur la base des différentes études réalisées sur le sujet, le présent rapport tentera d'évaluer l'impact du relèvement du plafond de ressources de l'ACS au 1^{er} janvier 2011 et d'éclairer sur les causes du non recours.

Par ailleurs, compte tenu d'un certain recul de la prise en charge par l'Assurance Maladie et du coût des complémentaires santé qui ne cesse de croître, la question du relèvement du plafond de ressources de la CMU-C, indexé sur le prix de l'inflation, sera à nouveau posée. En effet, si le taux de pénétration à ce dispositif est très important, un nombre non négligeable de personnes en situation de précarité ne sont pas aujourd'hui éligibles à la CMU-C, compte tenu de l'érosion de son plafond de ressources par rapport au seuil de pauvreté (pourtant fixé à l'origine à 50 % du revenu médian).

¹ « Les niveaux de vie en 2009 » - INSEE PREMIÈRE n°1365 - Août 2011 - Philippe LOMBARDO, Eric SEGUIN, Magda TOMASINI

En ce qui concerne le coût des dispositifs, le présent rapport s'efforcera de montrer que, malgré les effets de la crise économique, qui se sont fait sentir au cours de l'année 2010, l'évolution des dépenses reste modérée.

La CMU-C reste une complémentaire peu coûteuse, compte tenu de la qualité des prestations proposées et de surcroît, pour des bénéficiaires plus malades.

Le présent rapport consacrera également un large développement sur l'accès à la CMU de base (régime général sur critère de résidence). Alors que la montée en charge avait été progressive depuis l'entrée en vigueur de la loi et que l'on dénombrait environ 1,5 million de bénéficiaires au cours des dernières années, les effectifs s'établissaient à fin décembre 2010, à plus de 2,3 millions, soit une augmentation supérieure à 13 % sur l'année. Si cette hausse exponentielle depuis 2009 s'est aujourd'hui stabilisée, il convient néanmoins de s'interroger sur les conditions et le respect des principes d'affiliation à ce régime (notamment sur le respect du principe de subsidiarité et du caractère obligatoire).

Enfin, le rapport d'évaluation présentera 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. Alors que le nombre de fraudes détectées semble avoir atteint un pallier depuis 2008, le présent rapport présentera les actions mises en œuvre par les caisses nationales sur ce champ, notamment en ce qui concerne le contrôle des ressources des demandeurs et bénéficiaires de la CMU-C, en lien avec les objectifs assignés par le programme annuel de performance.

Les constats et les résultats décrits dans ce rapport conduiront à une série de préconisations, le plus souvent nécessitant des évolutions législatives ou réglementaires. Ce rapport proposera également des pistes de travail, dont la mise en œuvre, en coordination avec le Fonds CMU, et avec la collaboration de la direction de la sécurité sociale, 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. POURSUIVRE LA PROMOTION DE L'ACCES AUX SOINS EN FAVEUR DES PERSONNES DEMUNIES

1.1. Une prise en charge indispensable pour accéder aux soins

1.1.1. Présentation des dispositifs

1.1.1.1. *Le contenu de chaque dispositif*

1) La CMU de base

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. Elle est gérée uniquement par les caisses primaires d'assurance maladie.

A 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...).

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).

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

La régularité du séjour doit être justifiée par la production d'un titre de séjour, ou par 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.).

Les résidents communautaires inactifs et les étudiants, n'ayant pas acquis un droit au séjour permanent (cinq ans de résidence légale et ininterrompue en France – art. L.122-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) ne peuvent prétendre, sauf cas particuliers (accident de la vie), à la CMU de base. Ils doivent recourir à une assurance privée, être couverts par le biais de l'Assurance Maladie de leur pays d'origine ou peuvent demander l'AME (Aide médicale d'État).

La CMU de base ouvre droit à l'ensemble des prestations en nature de l'Assurance Maladie dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux (prise en charge des soins de ville et hospitaliers, des médicaments, dans la limite des règles définies par l'Assurance Maladie).

La seule CMU de base (sans assurance complémentaire) engendre les mêmes obligations que l'Assurance Maladie. Le bénéficiaire est redevable du ticket modérateur et du forfait journalier, c'est-à-dire de la part non prise en charge par l'Assurance Maladie.

En outre, il est tenu de faire l'avance des frais, est soumis au paiement de la participation forfaitaire de 1 € ainsi qu'aux franchises médicales portant sur les médicaments, les transports sanitaires, et les actes réalisés par un auxiliaire médical.

En fonction de ses 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 9 164 € de ressources annuelles (plafond fixé pour la période allant du 1^{er} octobre 2011 au 30 septembre 2012), la cotisation due s'élève à 8 %. Elle est assise sur la part des revenus excédant le plafond de 9 164 €.

Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, sont exonérés du paiement de la cotisation à la CMU de base (article L.861-2 du code de la sécurité sociale).

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

2) La CMU-C

La CMU-C offre une protection complémentaire santé gratuite aux demandeurs dont les ressources annuelles sont inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer.

Au 1^{er} juillet 2011, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 7 771 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer (soit 8 649 € pour une personne seule).

Les demandeurs doivent répondre aux mêmes exigences de stabilité et de régularité de séjour que celles demandées pour l'affiliation à la CMU de base.

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. A l'exception des ressources listées à l'article R.861-10 du code de la sécurité sociale.

Notamment, les versements du RSA, de 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 (art. L.861-2 et R.861-10 du CSS) ne sont pas pris en compte.

Les avantages procurés par un logement sont pris en compte de façon forfaitaire. Les personnes locataires percevant une aide au logement, les propriétaires, ou les personnes logées à titre gratuit, se voient appliquer un forfait logement qui est inclus à leurs ressources.

Ce forfait varie selon la composition du foyer (en 2010, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule bénéficiaire d'une aide au logement est de 55,21 € et en 2011 de 56,04 €).

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.

La CMU-C est accordée pour un an, elle prend en charge le ticket modérateur pour les soins de ville et hospitaliers et le forfait journalier. Au delà des tarifs de l'Assurance Maladie, des forfaits de dépassements pour les lunettes, les prothèses dentaires, les dispositifs médicaux, les audioprothèses sont également pris en charge. Le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. En l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires.

Ces prestations sont prises en charge à hauteur de 100 % du tarif de sécurité sociale et sans avance des frais, sachant que les professionnels de santé doivent respecter les tarifs opposables, les dépassements d'honoraires étant prohibés.

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-C.

A l'expiration de leur droit à la CMU-C, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'une durée d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé, dont le tarif est réglementé (370 €/ an en 2011, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU-C, 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.

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

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.

NB : 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).

3) L'aide pour une complémentaire santé (ACS)

L'ACS a été créé par la loi du 13 août 2004 pour atténuer l'effet de seuil de la CMU-C. Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé.

Jusqu'au 31 décembre 2010, cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 20 %.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, le plafond de revenus permettant d'accéder à l'ACS a été revalorisé à 26 % au-dessus du plafond d'attribution de la CMU-C.

L'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoyait que le plafond d'attribution de l'ACS soit porté à + 30 % du montant du plafond de la CMU-C, soit 10 103 € par an pour une personne seule en métropole et 11 244 € dans les départements d'Outre-mer à compter du 1^{er} janvier 2012.

Cependant la tranche de ressources qui permet d'accéder au dispositif demeure étroite, malgré les efforts récents de revalorisation du plafond. En outre, le plafond de ressources actuel reste inférieur au seuil de pauvreté.

Afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes les plus modestes, le gouvernement a proposé un article visant à revaloriser le plafond d'attribution de l'ACS à + 35 % au-dessus du plafond CMU-C (cf. annexe 1 pour le détail des montants).

Le gouvernement estime le coût de cette mesure à 28 millions d'euros en 2012, puis à 56 millions d'euros en régime de croisière.

Au 1^{er} juillet 2011, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 9 792 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer (soit 10 898 € pour une personne seule).

Les conditions de stabilité et de régularité de la résidence sont examinées dans les mêmes conditions que pour la CMU-C par l'organisme d'assurance maladie du demandeur.

En cas d'accord, celle-ci remet une attestation-chèque au demandeur (et à ses bénéficiaires âgés de plus de 16 ans). Sur présentation de cette attestation auprès de l'organisme complémentaire de son choix, l'intéressé bénéficie d'une réduction égale au montant du « chèque » sur le montant du contrat nouvellement choisi ou déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

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 € pour celles de 60 ans et plus).

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

Elle est accordée pour une année et elle est renouvelable dans les mêmes conditions que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit.

Chaque trimestre, l'organisme complémentaire déduit du montant dû au titre de la taxe-contribution à la CMU-C, 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.

Dès le 1^{er} 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, se sont vus octroyer le droit à la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie (droit au tiers payant 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.

Cependant, constatant que ce dispositif n'était pas systématiquement appliqué et que dans un quart des cas, les bénéficiaires de l'ACS ne se voyaient pas offrir la dispense d'avance des frais, cette mesure a été rappelée dans la convention médicale du 26 juillet 2011.

La convention va même au-delà des cas de tiers-payant actuels, puisqu'elle permet l'accord ponctuel du tiers-payant par les médecins traitants aux patients en situation de difficultés financières.

1.1.1.2. Les dernières évolutions législatives et réglementaires

Cette partie a pour objectif de présenter les principaux textes législatifs et réglementaires publiés dans le domaine de la CMU-C, l'ACS et la CMU de base.

NB : Les évolutions concernant la lutte contre les fraudes sont entièrement développées dans la partie du rapport dédiée à ce sujet. Celles relatives aux refus de soins (cf. partie 2.3), au financement des dispositifs (cf. partie 4.1) et au tiers-payant social (cf. partie 3.2.3) sont succinctement présentées ici et reprises dans le reste du rapport.

Les dernières revalorisations des montants de l'ACS

En 2009 et 2010, deux dispositions législatives ont revalorisé les montants de l'ACS.

La première est intervenue au 1^{er} août 2009, en application de l'article 58 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009. L'aide accordée aux personnes âgées de plus de 60 ans a été revalorisée à 500 € (au lieu de 400 €). En outre, une nouvelle tranche d'attribution a été créée pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, pour lesquelles l'aide a été fixée à 350 €.

La seconde revalorisation est intervenue au 1^{er} janvier 2010 suite à l'entrée en vigueur de la loi de finances pour 2010. L'article 133 a doublé le montant de l'aide pour les personnes âgées de 16 à 24 ans en le fixant à 200 € au lieu de 100 €. Le montant de l'aide devient donc identique pour les 16-24 ans et les 25-49 ans qui forment désormais une unique tranche d'attribution.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a revalorisé le plafond de l'ACS à + 26 % du plafond de la CMU-C au 1^{er} janvier 2011, et à + 30 % au 1^{er} janvier 2012.

Les autres mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et de la loi de finances pour 2011

L'article 190 de la loi de finances pour 2011 transforme la contribution affectée au Fonds CMU en taxe.

Cette mesure poursuit trois objectifs : d'une part améliorer la transparence et la lisibilité des tarifs des contrats d'assurance maladie complémentaire, qui intègrent aujourd'hui le montant de la contribution sans le faire apparaître comme tel dans les contrats souscrits ; d'autre part, améliorer la transparence sur les coûts de gestion des assureurs complémentaires santé ; et enfin, exclure les sommes destinées au financement de la contribution du chiffre d'affaires des organismes complémentaires, qui sert de base à l'application des ratio d'exigences de fonds propres prévus dans le cadre des directives dites « solvabilité II ».

Afin de maintenir un rendement équivalent pour le Fonds CMU, le taux de la taxe CMU a été fixé à 6,27 % du chiffre d'affaires santé hors taxe, soit un taux équivalent au taux 5,90 % du chiffre d'affaire santé contribution incluse.

Le taux de 6,27 % est applicable aux primes ou cotisations se rapportant à des contrats dont l'échéance principale intervient à compter du 1^{er} janvier 2011.

La circulaire n° DSS/5D/2011/133 du 8 avril 2011 est venue préciser le champ d'application, l'assiette et les modalités de recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance collectée par les OC au profit du Fonds CMU.

La taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)

L'article 21 de la loi de finances pour 2011 modifie l'article 1001 du code général des impôts et assujettit au paiement d'une taxe au taux réduit de 3,5 % les contrats d'assurance santé dits « solidaires et responsables ».

Par le biais de l'article 9 de la loi de finances rectificative pour 2011, cette taxe a été majorée à 7 % à compter du 1^{er} octobre 2011.

Les prestations exclues de l'assiette des ressources CMU-C

La refonte de l'article R.861-10 du code de la sécurité sociale relatif aux prestations exclues de l'assiette des revenus pris en compte pour le calcul du droit à la CMU-C et à l'ACS

La modification est intervenue suite à la publication du décret 2010-1032 (article 3) du 30 août 2010. Ce décret a permis l'actualisation et l'intégration de prestations créées après la première publication de cet article qui dresse la liste exhaustive des prestations exclues des revenus pris en compte pour l'attribution de la CMU-C ou de l'ACS.

Figurent notamment : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire, la prestation d'accueil du jeune enfant (à l'exception du complément de libre choix

d'activité), les bourses d'études (à l'exception de celles de l'enseignement supérieur), les indemnités et prestations versées aux volontaires en service civique.

Les dispositions relatives au RSA

La mise en place du RSA et le rôle des caisses d'allocations familiales

La loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2009 en métropole et le 1^{er} janvier 2011 dans les Dom.

Le RSA est venu se substituer au RMI, à l'API et à trois mécanismes d'intéressement : la prime forfaitaire de retour à l'emploi, la prime de retour à l'emploi et l'intéressement temporaire.

La mise en place de ce dispositif met fin à l'attribution de droits connexes directement liés au statut d'allocataire du RMI (exonération du paiement de la taxe d'habitation et de la contribution à l'audiovisuel public, accès de plein droit à la CMU-C).

Le RSA poursuit plusieurs objectifs : assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle, aider à l'insertion sociale des bénéficiaires et simplifier les mécanismes de solidarité afin de les rendre plus lisibles.

Pour parvenir à la réalisation de ces objectifs et parce qu'il était nécessaire que les personnes bénéficiant de faibles ressources puissent accéder rapidement et simplement aux soins, un nouvel alinéa a été introduit à l'article L.861-2 du code de la sécurité sociale. Il crée une présomption d'éligibilité à la CMU-C pour les demandeurs du RSA dont les ressources ne dépassent pas le montant forfaitaire du revenu de solidarité active.

Cette présomption d'éligibilité implique que les bénéficiaires du RSA socle se voient attribuer immédiatement la CMU-C, sans étude de leurs ressources. La direction de la sécurité sociale précise qu'il peut s'agir, dans un premier temps, d'une attribution provisoire, confirmée ou non en fonction de l'attribution du RSA socle (circulaire n°DSS/2A/2009/181 du 30 juin 2009 relative à la couverture maladie des demandeurs et bénéficiaires du RSA).

En outre, la loi n° 2008-1249 exclut le RSA de l'assiette des ressources prises en compte lors de l'examen des droits à la CMU-C.

Ainsi, lorsqu'une personne perçoit le RSA au cours de la période de référence examinée pour l'étude du droit à la CMU-C ou à l'ACS, les versements de RSA ne sont pas pris en compte dans les ressources y compris si, à la date de la demande, l'intéressé n'est plus bénéficiaire du RSA.

Cette mesure permet ainsi aux personnes sortant du dispositif RSA de conserver une complémentaire santé plus longtemps.

L'article L.861-5 du Code de la sécurité sociale précise que les organismes chargés du service du RSA sont habilités à apporter leur concours aux demandeurs et bénéficiaires du RSA socle et à transmettre sans délai la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent.

Concrètement, cela signifie que, lors du dépôt 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.

L'extension du RSA aux personnes âgées de moins de 25 ans et les conséquences sur le traitement des demandes de CMU-C et d'ACS

L'article 35 de la loi de finances pour 2010 a étendu l'attribution du RSA aux jeunes âgés de 18 à 25 ans. Le décret d'application 2010-961 du 25 août 2010 est venu préciser que cette prestation était ouverte à compter du 1^{er} septembre 2010 aux jeunes âgés de 18 à 25 ans pouvant justifier de deux ans d'activité professionnelle à temps plein au cours des trois années précédant la demande.

Par une circulaire du 30 octobre 2010 (DSS/2A/2010/381), la direction de la sécurité sociale a défini les règles applicables en matière d'attribution de la CMU-C pour ces allocataires qui ne sont pas soumis au respect des conditions applicables pour les demandeurs de moins de 25 ans.

En effet, en application de l'article R.861-2 du code de la sécurité sociale, les personnes âgées de moins de 25 ans ne peuvent effectuer une demande de CMU-C ou d'ACS de manière autonome, sauf si trois conditions sont réunies : ils n'habitent pas chez leurs parents, ils ont procédé personnellement à une déclaration de revenus ou s'engagent à le faire pour l'année à venir, il ne reçoivent pas une pension faisant l'objet d'une déduction fiscale et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

En l'absence de ces trois conditions, le jeune de moins de 25 ans, qui n'a pas d'enfant à sa charge, ne peut formuler sa demande de CMU-C ou d'ACS à titre personnel.

La circulaire précitée, indique que les allocataires du RSA jeunes peuvent prétendre à la CMU-C dans des conditions identiques à celles de leurs aînés. Ainsi, conformément à l'avant-dernier alinéa de l'article L.861-2 du code de la sécurité sociale, il existe une présomption d'éligibilité à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire du RSA. De plus, la demande de CMU-C est effectuée simultanément à celle du RSA (dans le cadre de la pré-instruction par les CAF, cf. partie 3.2) et donne lieu à une attestation de droits provisoire dès lors que les ressources sont présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA socle.

La circulaire précise également que l'attribution de la CMU-C au jeune de moins de 25 ans n'emporte aucune conséquence sur les modalités d'examen des droits à la CMU-C ou à l'ACS de leurs parents, car il reste rattaché au foyer comme personne à charge en dépit de la perception du RSA socle jeunes.

Le maintien de la CMU-C pour les personnes sous contrats d'avenir

Au 1^{er} juin 2009, l'article L.262-12-1 du code de l'action sociale et des familles a été abrogé par la loi instituant le RSA.

Cet article prévoyait que les personnes sous contrat d'avenir ou sous contrat d'insertion – revenu minimum garanti (CI-RMA) continuaient de bénéficier du RMI durant la durée de leur contrat. Par conséquent, ils avaient accès de plein droit à la CMU-C, droit connexe du RMI.

La loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active a supprimé les droits connexes du RMI. Aussi les personnes bénéficiant d'un contrat d'avenir antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi pouvaient perdre le bénéfice de la CMU-C si leurs ressources dépassaient le plafond d'attribution.

Afin de lisser les effets de la loi instituant le RSA pour les personnes déjà engagées dans un contrat d'avenir ou un CI-RMA avant l'entrée en vigueur du RSA (avant le 1^{er} juin 2009), l'article 103 de la loi de finances rectificative pour 2009 dispose que les bénéficiaires d'un contrat d'avenir ou CI-RMA bénéficient jusqu'au terme de leur contrat des dispositions applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi du 1^{er} décembre 2008, pour l'examen de leurs droits à l'aide au logement et à la CMU-C.

Les conditions d'attribution de la CMU aux ressortissants communautaires inactifs

La direction de la sécurité sociale, dans la circulaire DSS/DACI/2011/225 du 9 juin 2011 « *relative à la condition d'assurance maladie complète dont doivent justifier les ressortissants européens inactifs, les étudiants et les personnes à la recherche d'un emploi, au-delà de trois mois de résidence en France* », rappelle que le bénéfice de la CMU de base et/ou complémentaire ne peut être accordé à un ressortissant européen inactif, résidant en France depuis moins de 5 ans, et qui remplissait jusque-là les conditions de séjour régulier, qu'après un examen attentif de sa situation. Cet examen implique la recherche de droits aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité acquis dans un autre Etat membre et dont l'intéressé pourrait continuer à bénéficier. En l'absence de droits aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie européen, la direction de la sécurité sociale rappelle que l'attribution de la CMU est soumise à un examen de la situation personnelle au cours duquel la caisse doit rechercher si les circonstances dans lesquelles la couverture maladie a été perdue répondent à la qualification d'accident de la vie susceptible de rendre recevable la demande de CMU.

Le tiers payant social réaffirmé par le règlement arbitral du 3 mai 2010 est renforcé par la convention médicale du 26 juillet 2011

Le règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie en l'absence de convention médicale approuvé par l'arrêté du 3 mai 2010 a reconduit en grande partie les dispositions de la convention médicale du 12 janvier 2005.

Concernant les bénéficiaires de l'ACS, l'article 4 de ce règlement reprend les dispositions de l'article 1^{er} de l'avenant 8 de la convention précitée, les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés de faire l'avance des frais, sur la part obligatoire, pour les soins réalisés dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, et ce pour une durée de dix-huit mois à compter de la date de remise de l'attestation de droit par la caisse d'assurance maladie.

Ce droit au tiers payant est accordé à toutes les personnes en possession d'une attestation de droits, y compris si ce bénéficiaire n'a pas souscrit de contrat de complémentaire santé.

Par ailleurs, cet article instaure la possibilité pour la caisse d'assurance maladie, si l'assuré le souhaite, d'informer le médecin traitant et les autres médecins désignés par ses soins qu'il bénéficie de ce droit au tiers payant. L'article 5 étend cette possibilité d'information pour les bénéficiaires de la CMU-C.

La convention médicale du 26 juillet 2011, approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 (JO du 25 septembre 2011), rappelle ces dispositions et permet, en outre, l'accord ponctuel du tiers-payant par les médecins traitants aux patients en situation de difficultés financières.

1.1.1.3. Les barèmes d'attribution

MONTANTS MENSUELS DES MINIMA SOCIAUX ET DES PLAFONDS APPLICABLES POUR L'ATTRIBUTION DE LA CMU-C ET DE L'ACS AU 1/09/2011					
	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Personne supplémentaire
Plafonds CMU-C en Métropole	648 €	971 €	1 166 €	1 360 €	259,04 €
Plafonds CMU-C dans les DOM	721 €	1 081 €	1 297 €	1 514 €	288,31 €
Plafonds ACS en Métropole	816 €	1 224 €	1 469 €	1 714 €	326,39 €
Plafonds ACS dans les DOM	908 €	1 362 €	1 635 €	1 907 €	363,27 €
RSA (Revenu de solidarité active) socle	466,99 €	700,49 €	840,59 €	980,69 €	186,80 €
AAH (Allocation Adulte Handicapé)	743,62 €				
AAH + FL (Forfait logement*)	799,66 €				
AAH + MVA (Majoration Vie Autonome**)+ FL	904,43 €				
AAH + CPLT de ressources*** + FL	978,97 €				
ASS (Allocation de solidarité spécifique)	468,78 €				
ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées)	742,27 €	1 181,77 €			
ASPA + FL	798,31 €	1 293,85 €			
Seuil de pauvreté 2009 (50% de la médiane des niveaux de vie) Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2009.	795 €	1 193 €			
Seuil de pauvreté 2009 (60% de la médiane des niveaux de vie) Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2009.	954 €	1 434 €			
SMIC net au 1er janvier 2011 pour 35 heures	1 073 €				

*Montant du forfait logement (FL)

applicable aux personnes

bénéficiaires d'une aide au logement	1 personne	56,04 €
	2 personnes	112,08 €
	3 personnes	138,70 €

** 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 : 104,77 €

*** Complément de ressources : Versé aux bénéficiaires de l'AAH ayant une capacité de travail inférieure à 5 % et disposant d'un logement autonome : 179,31 €

Plafonds annuels au 01/07/2011
 CMU-C en métropole : 7771 €
 ACS en métropole : 9 792 €
 CMU-C dans les Dom : 8 649 €
 ACS dans les Dom : 10 898 €

1.1.2. Description des enjeux

1.1.2.1. L'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C

Les indicateurs du programme 183 « Protection maladie » de la LOLF (loi organique relative aux lois de finances) visent à suivre, en complément des politiques publiques de sécurité sociale, l'effort de la solidarité nationale en termes d'accès aux soins et de prises en charge des publics les plus défavorisés.

L'action n° 01 de ce programme intitulée : « Accès à la protection maladie complémentaire » concerne plus spécifiquement la CMU-C. L'indicateur 1.1 apporte des informations sur l'état de santé et l'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**

Indicateur global

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'aurait pas dû renoncer à des soins, pour des raisons financières, entre autres. Dans le cadre de cet indicateur, le « renoncement » signifie que la personne n'a consulté aucun médecin ou 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 à la fin de l'année n (2010) pour l'année n-1 (2009). Pour 2009, il est de 6,60 points. Il a baissé régulièrement depuis 2000 avec entre 2000 et 2009 une diminution totale de – 2,81 points.

Le non recours au médecin et au dentiste pour les bénéficiaires de la CMU-C est passé de 23,12 points en 2000 à 19,20 points en 2009, soit une baisse de – 3,92 points.

Détail de l'indicateur pour le non recours au médecin

En 2009, l'écart de non recours au médecin entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 3,60 points. Depuis 2000, il a baissé de – 2,37 points. Le non recours au médecin est de 9,10 points pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 5,50 points pour les non bénéficiaires. Il a baissé de – 4,14 points entre 2000 et 2009 pour les bénéficiaires de la CMU-C, avec une progression régulière de sa diminution, là où la régression n'est que de - 1,77 points pour les non bénéficiaires, avec une quasi stabilité depuis 2006.

Évolution du non recours et de l'écart de non recours au médecin entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médecin	CMUC	13,24	12,13	12,23	11,35	11,81	10,81	10,42	10,30	9,50	9,10
	Non CMUC	7,27	6,94	7,02	6,14	6,13	5,76	5,52	5,60	5,50	5,50
	Écart	5,97	5,19	5,21	5,21	5,68	5,05	4,90	4,70	4,00	3,60

Source : CETAF

Détail de l'indicateur pour le non recours au dentiste

En 2009, l'écart de non recours au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 9,60 points. Depuis 2000, il a baissé de – 3,24 points. Le non recours au dentiste est de 29,30 points pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 19,70 points pour les non bénéficiaires. Il a baissé de – 3,70 points entre 2000 et 2009 pour les bénéficiaires de la CMU-C, avec une progression régulière de sa diminution. Le non recours au dentiste pour les non bénéficiaires de la CMU-C n'a, pour sa part, régressé que de – 0,46 entre 2000 et 2009, avec une tendance à reprendre une augmentation sur les trois dernières années.

Évolution du non recours et de l'écart de non recours au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dentiste	CMUC	33,00	30,53	30,29	29,39	30,25	29,62	30,08	29,80	29,00	29,30
	Non CMUC	20,16	18,95	18,92	18,07	18,53	18,28	18,08	18,40	18,80	19,70
	Écart	12,84	11,58	11,37	11,32	11,72	11,34	12,00	11,40	10,20	9,60

Source : CETAF

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

Ce sous-indicateur est déterminé par l'écart sur la note moyenne de santé perçue, établie par le CETAF, entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C. Ces notes retracent l'état de santé réel des individus et leur place par rapport au système et à l'offre de soins, par une mesure de satisfaction sanitaire fondée sur la santé perçue à travers une note sur 10. Comme pour le renoncement aux soins, ces chiffres sont disponibles à la fin de l'année n pour l'année n-1, donc fin 2010 pour l'année 2009.

Les chiffres présentés n'ont pas fait l'objet de redressement, afin de préserver les séries longues.

L'écart entre les notes de santé perçue est de 0,56 point (en valeur absolue) entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C.

La note de santé perçue pour 2009 est de 6,70 sur 10, pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 7,26 pour les non bénéficiaires.

En 2000, l'écart était de 0,65 point. Sa diminution se retrouve entre l'augmentation de la note de + 0,18 pour les bénéficiaires et de + 0,09 pour les non bénéficiaires. En données redressées, l'écart serait de 0,43 point, ce qui confirmerait sa tendance à la baisse.

Évolution de la note de santé perçue pour les bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CMUC	6,52	6,52	6,54	6,58	6,57	6,59	6,60	6,61	6,62	6,70
Non CMUC	7,17	7,22	7,22	7,24	7,24	7,23	7,26	7,26	7,23	7,26
Écart	0,65	0,70	0,68	0,66	0,67	0,64	0,66	0,65	0,61	0,56

Source : CETAF

En complément de l'écart de santé global avec les autres populations, la régression de la perception négative de la santé (prévalence des notes inférieures à 7) apporte confirmation de l'évolution positive de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C. En 2009, la prévalence pour les bénéficiaires de la CMU-C est de 46,3.

Elle était de 47,9 en 2000, soit une baisse de 1,60 points. L'écart marque une diminution moins sensible, 0,4 point, par rapport à 2000, mais il faut tenir compte de plusieurs variations dans la série de la prévalence des non bénéficiaires, avec parfois des hausses conséquentes, et du fait que cette dernière a finalement baissé de 1,2 points sur la même période.

Perception négative de la santé (note < 7 vs. note ≥ 7) de 2000 à 2009, données non redressées

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CMUC	47,9	48,7	47,5	46,8	46,6	46,9	46,7	46,9	47,5	46,3
Non CMUC	31,3	30,3	29,8	29,3	29,6	30,2	29,8	29,7	30,7	30,1
Écart	16,6	18,4	17,7	17,5	17,0	16,7	16,9	17,2	16,8	16,2

Source : CETAF

La note de santé perçue s'analyse également en lien avec l'évolution du score EPICES². Avec un score de 44,15 points, les bénéficiaires de la CMU-C ont toujours en moyenne un score de vulnérabilité sociale plus élevé que les non bénéficiaires (23,99 points). Néanmoins, les données redressées indiquent clairement que le niveau de vulnérabilité sociale diminue depuis 2007 chez les bénéficiaires de la CMU-C (- 0,92 point entre 2002 et 2009).

Score EPICES de 2000 à 2009, données non redressées et redressées

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Redressée	2008	Redressée	2009	Redressée
CMUC	45,07	44,39	45,15	45,36	45,24	44,93	43,56	45,60	41,78	44,15	40,23
Non CMUC	22,87	22,25	21,42	22,17	21,83	21,76	21,77	20,77	23,10	23,99	22,85
Écart	22,20	22,14	23,73	23,19	23,41	23,17	21,79	24,83	18,68	20,16	17,38

Source : CETAF

Mesure de l'état de santé à travers la dépense globale

La CNAMTS DSES-DEPP³ a procédé à une étude, présentée au Fonds CMU en juillet 2010, sur les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C, comme facteurs représentatifs de leur état de santé.

Les écarts entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C, sur la dépense globale, deviennent lisibles dès le 7^{ème} décile. Trois principaux facteurs sont en cause. Le premier concerne les médicaments : la sur consommation est en lien avec des maladies graves, sur des médicaments très coûteux, pour les psychoses, le VIH, le diabète....

Le deuxième facteur repose sur les ALD. On note par exemple un écart de prévalence de 3,26 pour la cirrhose. Sur cette même pathologie, le taux de morbidité est d'ailleurs 1,6 fois supérieur en âge/sexe pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Le troisième facteur peut être illustré par les résultats de santé. On observe en effet que le taux de mortalité pour les bénéficiaires de la CMU-C augmente beaucoup plus vite avec l'âge que pour les non bénéficiaires. Ce point confirme que, à pathologie égale, les bénéficiaires de la CMU-C accusent un état de santé plus dégradé.

² Score EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES

³ DSES-DEPP : Direction de la stratégie des études et des statistiques - Département des études sur les pathologies et les patients

1.1.2.2. La part de la population disposant d'une complémentaire santé

L'enquête santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES fournit des données concernant la couverture complémentaire santé.

En 2008, en métropole, 94 % de la population était couverte par une complémentaire santé. La population non couverte s'établissait donc à 4 millions de personnes.

Si 6 % des ménages déclarent ne pas avoir de couverture, cette moyenne cache de fortes différences entre les ménages selon leurs revenus. Pour les plus modestes (moins de 870 € par unité de consommation), le taux de non couverture est de 12 % ; il s'établit à 35 % hors CMU-C. Il se réduit ensuite en même temps que les revenus augmentent pour aboutir à 3 % pour les ménages les plus riches (1 997 € et plus par unité de consommation).

Si on interroge les personnes sur l'absence de couverture santé, les principales raisons invoquées sont : 46 % avancent des difficultés financières, 14 % qu'ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie obligatoire, 22 % jugent que ce n'est pas rentable.

Le motif financier est évoqué plus d'une fois sur deux comme principale raison de non recours dans les ménages les plus pauvres ; il l'est à hauteur d'une fois sur six dans les ménages les plus riches.

Les personnes ayant apporté les deux premières réponses relèvent logiquement davantage de la frange de la population la moins favorisée, c'est le contraire pour celles qui ont décidé « rationnellement » de ne pas se couvrir.

Plusieurs facteurs contribuent aux inégalités d'accès à la couverture selon le milieu social : les différences d'accès à la couverture d'entreprise selon le statut socioprofessionnel et un effort financier sur le marché de l'assurance individuelle :

- Selon l'enquête ESPS 2008, les deux tiers des salariés couverts par une complémentaire santé le sont par le biais d'un contrat collectif, obtenu par leur propre entreprise ou celle de leur conjoint. Pour les assurés, ces contrats sont plus avantageux en termes financiers que les contrats individuels. Le coût global est plus faible grâce au pouvoir de négociation des entreprises, des économies d'échelle et une participation en général de l'employeur, tout en proposant des garanties, en moyenne sensiblement supérieures. Or, ces contrats concernent davantage les populations privilégiées financièrement : chez les salariés non fonctionnaires bénéficiant d'une complémentaire santé, 76 % des cadres et 69 % des professions intermédiaires le sont par un contrat collectif contre seulement 58 % des ouvriers non qualifiés et 53 % des employés du commerce. Par ailleurs, les populations non-salariés, n'ont pas accès à ce type de couverture (sauf éventuellement par leur conjoint). Les chômeurs et les inactifs sont également hors des contrats collectifs dans la très grande majorité des cas.
- Les individus qui n'ont pas accès à la complémentaire collective peuvent selon leur revenu bénéficier de la CMU-C ; ceux dont le niveau de ressource dépasse son plafond doivent avoir recours au marché de l'assurance individuelle. Or, la plupart de ces contrats ne font pas l'objet d'aides financières (hormis ceux des indépendants qui peuvent bénéficier de la loi Madelin et ceux des individus dont le revenu leur permet de bénéficier de l'Aide complémentaire santé).

L'enquête ESPS 2006 a montré que le taux d'effort des ménages (part des revenus consacrés au paiement de la cotisation) pour les contrats individuels augmente en même temps que les revenus diminuent : 2,9 % pour les ménages les plus riches mais 10,3 % pour les plus pauvres (soit plus d'un mois de revenus par an consacré à l'achat de la complémentaire santé).

Malgré ce taux d'effort sur le prix des contrats plus important, les couvertures obtenues sont de moindre qualité pour les ménages les plus pauvres⁴. Ce constat se retrouve logiquement au niveau du taux d'effort sur prestations après intervention des complémentaires santé.

Les études empiriques existantes montrent que le revenu et le statut par rapport à l'emploi conditionnent l'accès à un niveau donné de remboursement des soins, ce que confirme la DREES. Si le reste à charge sur prestations moyen des ménages (avant ou après intervention des complémentaires santé) augmente avec leur niveau de vie, leur taux d'effort est d'autant plus élevé que leur niveau de vie est faible.

L'enquête ESPS 2008 montre aussi que l'absence de couverture complémentaire accroît sensiblement le taux de renoncement aux soins : 30 % des personnes non couvertes déclarent avoir renoncé à des soins contre 14 % de celles qui disposent d'une couverture privée. En outre, les personnes sans complémentaire santé se déclarent en plus mauvais état de santé que les personnes couvertes par une complémentaire privée.

Ces phénomènes de non recours et de renoncement aux soins seront développés très largement dans ce rapport.

1.1.2.3. Les aides publiques d'incitation à la complémentaire santé

Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en septembre 2011, la Cour des comptes rappelle que plusieurs dispositifs d'aides fiscales et sociales ont été mis en œuvre pour favoriser la mutualisation :

- les exonérations de charges sociales sur les participations de l'employeur et des salariés, qui s'accompagnent d'exonérations de charges fiscales sur la participation des salariés (contrats collectifs obligatoires) ;
- les déductions fiscales accordées aux travailleurs indépendants dans le cadre des contrats individuels (loi Madelin) ;
- le bénéfice d'un taux réduit de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) pour les contrats « solidaires et responsables », même si cet « avantage » tend à se réduire avec les nouvelles dispositions introduites par la loi de finances rectificative pour 2011 ;
- l'exonération de contribution sociale des sociétés du chiffre d'affaires réalisé en assurance maladie complémentaire par les différents acteurs.

La Cour évalue le coût global des ces aides publiques à 4,3 Mds d'euros. L'essentiel de ces dispositifs d'aide se concentre sur les contrats collectifs. Or, au regard de l'augmentation croissante des restes à charge pesant sur les ménages, la question de la limitation de ces exonérations mérite d'être posée d'autant que ces dernières profitent davantage aux populations les plus favorisées.

⁴ Questions d'économie de la Santé, Marc Perronin, n° 90 - Décembre 2004. 2004.

La Cour préconise ainsi de réduire, voire de supprimer les exemptions de cotisations sociales dont bénéficient les contrats collectifs et que les recettes ainsi dégagées soient réorientées pour favoriser la diffusion de la complémentaire santé auprès des personnes les plus démunies.

Les aides octroyées dans ce cadre devraient être limitées et pour le moins conditionnées par des niveaux de garantie proposés limités, compatibles avec une maîtrise, des dépenses de santé en général et des dépassements d'honoraires en particulier.

Il est en tout cas certain que l'existence même de l'une des plus importantes et des moins justifiées des niches fiscales et sociales doit désormais faire l'objet d'un débat objectif qui ne saurait davantage être éludé.

1.2. Une prise en charge croissante mais maîtrisée dans un contexte de crise économique : la CMU-C

1.2.1. L'augmentation des effectifs de la CMU-C

Au 31 décembre 2010, les effectifs de la CMU-C sont de 4 326 579 bénéficiaires, métropole et Dom. Ils ont progressé de 3,5 % par rapport au mois de décembre 2009. Cette progression régulière se confirme sur le premier semestre 2011, avec 4 409 648 bénéficiaires au 30 juin 2011, soit une progression de 1,9 % depuis la fin 2010.

1.2.1.1. Les effets retard de la crise économique

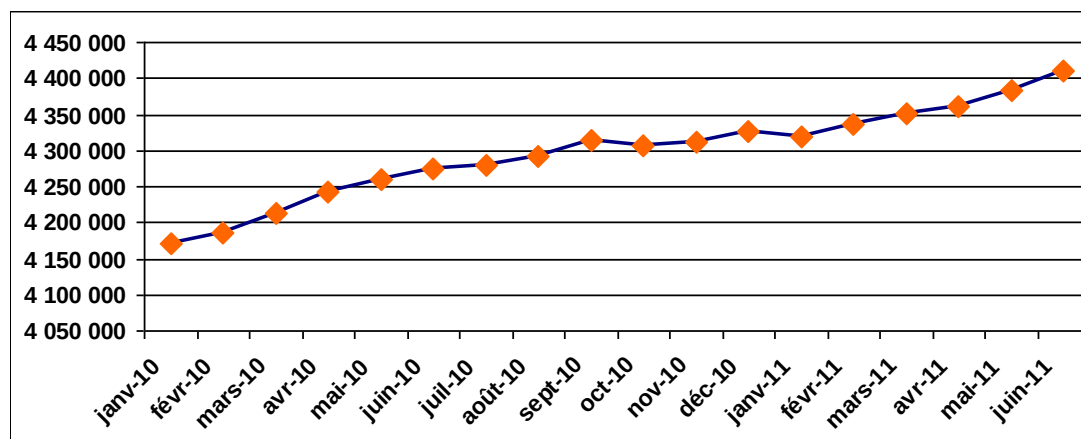
Cette évolution régulière traduit les effets retard de la crise économique dont les débuts remontent à 2008. Mais elle ne concerne que la métropole, qui enregistre une progression de + 4,5 % entre la fin 2009 et la fin 2010, là où les Dom régressent de – 0,6 %.

En 2009, les effectifs avaient augmenté sur le premier semestre, pour aboutir, à la fin de l'exercice à un nombre équivalent à celui de décembre 2008. Cette stagnation s'expliquait d'une part, par le rôle des amortisseurs sociaux et par le fait que la période de référence prise en compte est celle des 12 mois précédant la demande. Les personnes dans les situations les plus précaires, disposant de ressources irrégulières, ont été immédiatement impactées par la crise et ont rapidement bénéficié de la CMU-C.

En revanche, les individus en situation d'emploi un peu plus stable ont reçu des indemnités de licenciement, puis des revenus de substitution qui les ont maintenus plus longtemps au dessus du plafond de la CMU-C⁵.

Leur situation ne s'étant pas redressée, le nombre des bénéficiaires de la CMU-C a augmenté plus rapidement en 2010. En effet, un nombre plus important de personnes arrivées au terme des 24 mois en fin de droit aux indemnités chômage ont basculé vers les minima sociaux.

Évolution des effectifs de la CMU-C de janvier 2010 à juin 2011, tous régimes, métropole et Dom



Sources : tous régimes

Le suivi des mouvements au régime général, qui représente plus de 90 % des effectifs, indique qu'avec presque 107 000 entrants et 53 000 renouvelés de plus en 2010 qu'en 2009, la crise a généré de nouveaux bénéficiaires en 2010 pour l'ensemble du territoire et a contribué à en maintenir dans le dispositif en métropole.

Évolutions total entrants et total renouvelés au régime général, de janvier 2009 à décembre 2010, métropole, Dom

Métropole

	Total entrants	Total renouvelés
2009	1 377 750	2 046 148
2010	1 476 274	2 103 503
2010 - 2009	98 524	57 355

Dom

	Total entrants	Total renouvelés
2009	147 724	410 542
2010	156 186	406 115
2010 - 2009	8 462	-4 427

Sources : CNAMTS

⁵ Les indemnités chômage peuvent être versées pendant 24 mois. Elles débutent après une période de carence et à la fin du solde des congés payés s'il en restait à la date de fin de contrat de travail. Les ressources retenues pour l'ouverture des droits à la CMU-C sont celles des 12 derniers mois. Si la personne a perçu des indemnités chômage supérieures au plafond CMU-C, il faut ajouter entre 3 et 9 mois de lissage entre le versement de la dernière indemnité chômage et le respect du plafond CMU-C, sauf à ce que, pour des raisons diverses, elle ne bascule vers le RSA socle, qui permet de bénéficier de la CMU-C sans étude des ressources. Le délai de 36 mois est donc retenu pour mesurer le plein effet de la crise économique sur le nombre de bénéficiaires de la CMU-C. Les nouveaux bénéficiaires de 2010 sont les personnes ayant reçu de faibles indemnités chômage avec des droits acquis pour de courtes ou moyennes périodes. Elles seront relayées en 2011 et 2012 par les personnes qui bénéficiaient de situations plus stables au moment de leur licenciement.

ENCADRE 1 :

Les études sur le turn-over des bénéficiaires de la CMU-C

Les premiers éléments d'une étude en cours sur le turn-over des bénéficiaires de la CMU-C menée par un groupe d'étudiants de l'EN3S au cours de l'année 2011, auprès de la CPAM de Valence (26), permettent de mesurer que 70 % des bénéficiaires de la CMU-C ont fait valoir leurs droits depuis moins de 3 ans. Il est intéressant de constater, par ailleurs, que près d'un quart des bénéficiaires (24,8 %) le sont depuis plus de 5 ans et que près de 10 % bénéficient de la CMU-C depuis sa création.

Cette première approche met à jour que le bénéfice de la CMU-C peut se prolonger sur une longue période. Elle devra être suivie par des études sur des échantillons plus fournis et peut également être nuancée par les éléments de « l'étude sur la forte rotation des bénéficiaires de la CMU-C » effectuée par la CPAM de l'Allier, en 2008, indiquant qu'« En 2007... parmi [les] primo-demandeurs, soit 27 % de la population CMU-C,...7,5 %... bénéficiaient antérieurement du droit à la CMU-C mais en ont demandé le bénéfice après l'échéance du renouvellement ; il y a donc eu rupture du droit ».

Ainsi, au-delà du bénéfice de la CMU-C sur des périodes continues, il faut tenir compte des parcours particuliers, alternant entre bénéfice et non bénéfice de la CMU-C.

*Assurés CMU-C avec une échéance de renouvellement au 01/10/2010,
CPAM Valence, ancienneté dans la CMU-C*

Durées	Nb Mois Ancienneté CMU-C	Total	
		Nb Assurés	Part
<= 1an	12	97	11,2%
]1an – 2ans]	24	313	36,1%
]2ans – 3ans]	36	132	15,2%
]3ans – 4ans]	48	64	7,4%
]4ans – 5ans]	60	45	5,2%
]5ans – 6ans]	72	37	4,3%
]6ans – 7ans]	84	30	3,5%
]7ans – 8ans]	96	21	2,4%
]8ans – 9ans]	108	18	2,1%
]9ans – 10ans]	120	26	3,0%
]10ans – 11ans]	132	83	9,6%
		866	100,0%

Source : CPAM Valence (26)

L'étude en cours sur le turn-over des bénéficiaires de la CMU-C pour la CPAM de Valence prend le relai de l'étude de la CPAM de l'Allier (2008) et de celle de la CPAM de l'Eure (2008). Elle confirme que plus des deux tiers des bénéficiaires renouvellent leurs droits (de 65 % à 75 %) et qu'un certain nombre de bénéficiaires de la CMU-C, 5 % à 10 %, ne demandent pas le renouvellement de leurs droits, sans qu'il soit techniquement possible d'en connaître la raison. Enfin, la sortie du dispositif CMU-C vers une assurance maladie complémentaire ne concerne qu'entre 5 % et 10 % des bénéficiaires.

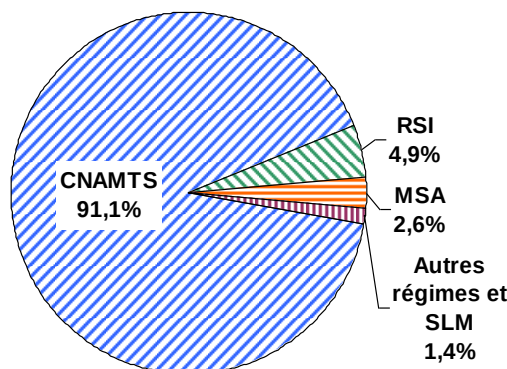
La partie qualitative de ces études porte sur les contacts pris avec les bénéficiaires sortis du dispositif sans explication qui puisse être trouvée par les outils d'investigation à la disposition des caisses. Dans la grande majorité des cas, les prises de contact ont abouti sur un retour à la CMU-C des personnes interrogées. Le plus souvent, ce sont des personnes peu inclinées à mener par elles-mêmes des démarches administratives et elles n'étaient pas allées au bout d'une demande de renouvellement, soit par incompréhension, soit parce qu'elles avaient été rebutées par la « lourdeur » des démarches à accomplir, soit parce qu'elles estimaient ne pas avoir besoin de soins dans l'immédiat.

1.2.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C

1) Répartition par régime

Le régime général (CNAMTS), compte 91,1 % des effectifs de la CMU-C. Les chiffres comprennent l'ensemble des bénéficiaires déclarés aux régimes de base, que la gestion de leur CMU-C ait été confiée à un régime de base ou à un OC.

Répartition des effectifs par régime, métropole et Dom, au 31 décembre 2010



Effectifs par régime, métropole et Dom, au 31 décembre 2010

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 399 679	540 446	3 940 125	570 499
Régime social des indépendants	202 253	9 842	212 095	45 344
Régime agricole	102 335	11 512	113 847	20 648
Autres régimes et SLM	60 512		60 512	16 563
Total Décembre 2010	3 764 779	561 800	4 326 579	653 054

Sources : tous régimes

Les taux d'évolution entre 2009 et 2010 (au 31 décembre de chaque année) sont contrastés : + 3,8 % pour le régime général, + 11,6 % pour le RSI, - 10,3 % pour la CCMSA et - 9,5 % pour les autres régimes et SLM.

*Évolution des effectifs par régime, métropole et Dom,
entre le 31 décembre 2009 et le 31 décembre 2010*

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+4,5%	-0,5%	+3,8%	+8,0%
Régime social des indépendants	+12,2%	+0,2%	+11,6%	+19,9%
Régime agricole	-10,9%	-5,0%	-10,3%	-0,3%
Autres régimes et SLM	-9,5%		-9,5%	-11,9%
Total	+4,2%	-0,6%	+3,5%	+7,8%

Sources : tous régimes

L'évolution des effectifs au régime général suit la tendance de la crise économique. L'évolution au RSI est en rapport direct avec la croissance des effectifs du régime, suite au développement du statut d'auto-entrepreneur. La baisse des effectifs à la CCMSA se porte sur les salariés, en proportion avec la baisse globale du régime sur cette population.

■ **Indications techniques**

En janvier 2011, un abattement de - 6,0 % a été appliqué sur les effectifs du RSI, suite aux rapprochements avec les bases du RNIAM, pour les exercices 2007, 2008, 2009 et 2010. Il en découle que, par rapport aux séries antérieurement publiées, les montants moyens de dépenses sont maintenant supérieurs pour les quatre exercices concernés. L'abattement est susceptible d'être progressivement réduit à partir de 2011, au fur et à mesure de la résorption du décalage entre les bases du RSI et celle du RNIAM.

Le mode de décompte des effectifs de la CMU-C à la CCMSA a été modifié le 1^{er} janvier 2010. Les effectifs sont notamment repris en trois passages, sur trois mois consécutifs, avant d'être considérés comme définitifs. Une comparaison entre les effectifs antérieurs calculés selon l'ancienne méthode et les effectifs recalculés selon la nouvelle a mis à jour des disparités. Une rétopolation a donc été opérée sur les exercices 2007, 2008 et 2009 en juillet 2010. Sur les 11 premiers mois de l'année 2007, les effectifs recalculés sont inférieurs aux effectifs initiaux, mais le différentiel diminue progressivement, partant de - 5,9 % en janvier pour finir à - 1,1 % en novembre. De décembre 2007 à décembre 2009, le différentiel augmente progressivement, partant de + 0,5 % pour finir à + 9,3 %, avec un pic à + 10,4 % en octobre 2009.

2) Répartition par département

En métropole, les bénéficiaires de la CMU-C représentent 5,8 % de la population (CNAMTS, RSI et CCMSA) et 30,4 % dans les départements d'Outre-mer.

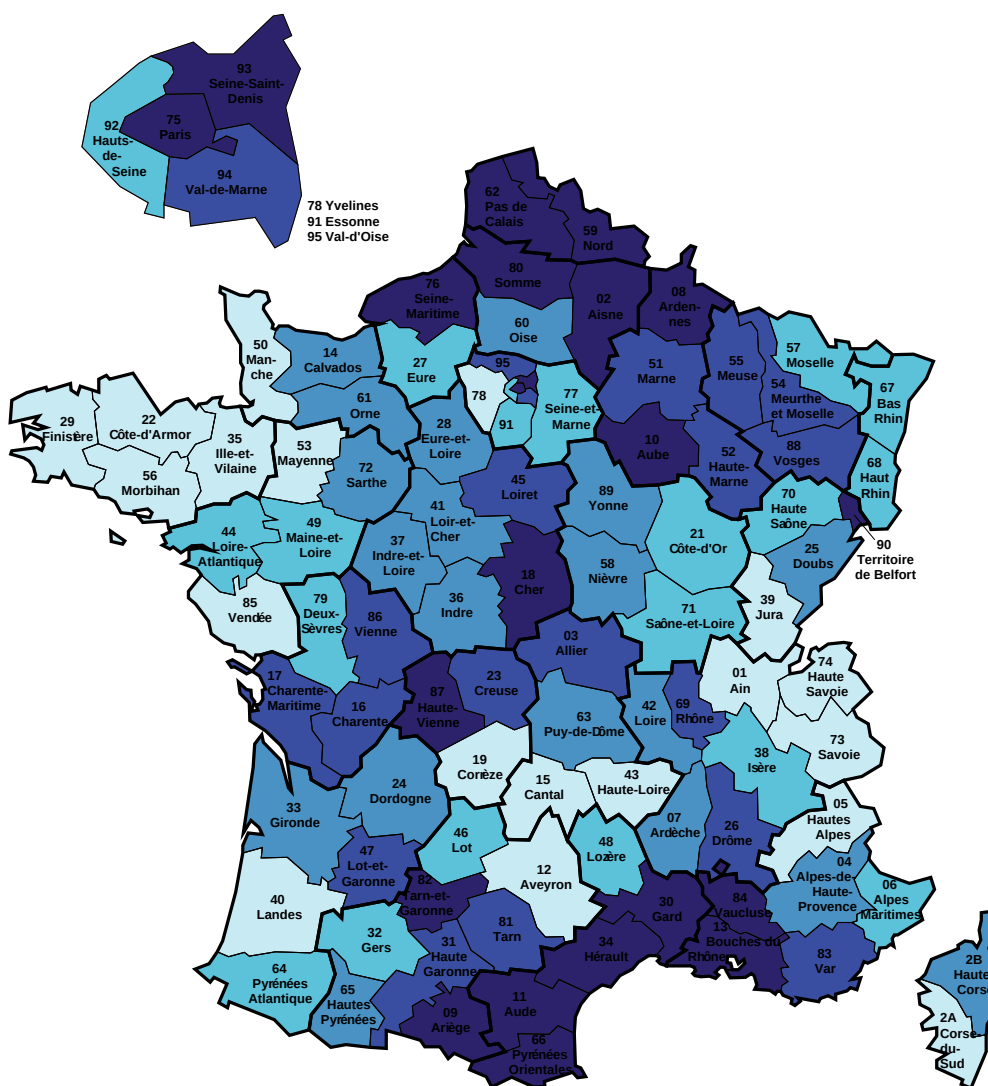
La densité de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, en métropole, varie de 2,6 % à 11,5 %. Les départements connaissant les plus faibles densités se regroupent à l'ouest, au centre et à l'est.

Densité des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, par département, métropole, pour le régime général, le RSI et la CCMSA, au 31 décembre 2010

	CMUC / Population	Couleur	Pourcentage population				Nombre	Effectifs	Pourcent Effectifs
Min	2,6%		>=	6,6%	<=	11,5%	20	1 504 245	40,6%
Médiane	5,2%		>=	5,5%	<	6,6%	19	738 993	20,0%
Moyenne	5,5%		>=	4,8%	<	5,5%	19	478 890	12,9%
Max	11,5%		>=	4,2%	<	4,8%	19	651 272	17,6%
			>=	2,6%	<	4,2%	19	330 512	8,9%
							96	3 703 912	100,0%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

Carte de la densité des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, par département, métropole, pour le régime général, le RSI et la CCMSA, au 31 décembre 2010



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outils carte : Philcarto

Les cinq premiers départements de métropole en termes d'effectifs de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud-est et la Région parisienne. Ils regroupent un quart des bénéficiaires, mais seulement un sixième des habitants. Ils connaissent en effet de forts taux de bénéficiaires par rapport à la population.

Les 5 départements de métropole concentrant le plus de bénéficiaires de la CMU-C, pour le régime général, le RSI et la CCMSA, au 31 décembre 2010

Num Dpt	Département	Total CMUC	Population	Pourcent CMUC / Population
59	Nord	252 752	2 606 369	9,7%
13	Bouches-du-Rhône	196 845	1 992 855	9,9%
93	Seine-Saint-Denis	174 043	1 518 225	11,5%
75	Paris	153 764	2 233 818	6,9%
62	Pas-de-Calais	143 968	1 487 199	9,7%
Total		921 372	9 838 466	

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

Dans les départements d'Outre-mer, la densité des bénéficiaires de la CMU-C oscille entre 24,1 % en Guadeloupe, et 34,4 % à La Réunion. Ce même département rassemble 44,2 % des bénéficiaires des Dom et il se place comme le premier département de France en termes d'effectifs.

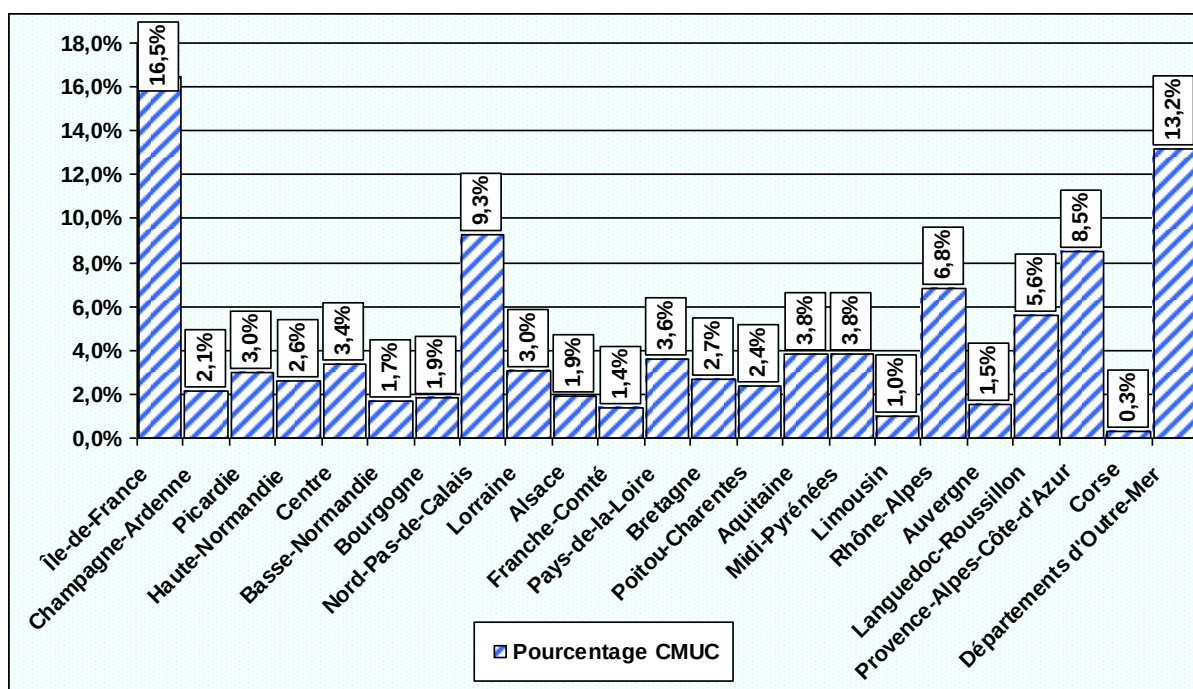
Nombre de bénéficiaires de la CMU-C dans les Dom, pour le régime général, le RSI et la CCMSA, au 31 décembre 2010

Num_Dpt	Département	Total_CMUC	Population	CMUC Popul ation
971	Guadeloupe	98 402	408 299	24,1%
972	Martinique	107 157	403 795	26,5%
973	Guyane	75 440	221 178	34,1%
974	La-Reunion	280 801	817 001	34,4%
Total Dom		561 800	1 850 273	30,4%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

3) Répartition par régions

Les cinq régions Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Languedoc-Roussillon concentrent 45,5 % de la population et 46,7 % des effectifs de la CMU-C (pour les trois régimes CNAMTS, RSI, CCMSA). Avec un total de 703 682 bénéficiaires, la région Île-de-France représente 16,5 % des effectifs pour 18 % de la population française. Les départements d'Outre-mer en rassemblent 13,2 %, alors qu'ils ne concentrent que 2,8 % de la population.

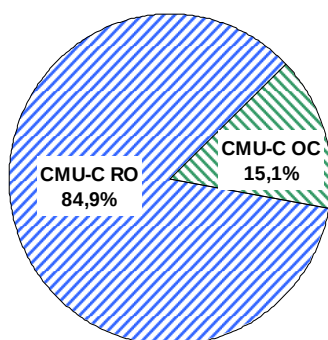


Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

4) Répartition entre gestion par l'État et gestion par un organisme complémentaire

La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire de base, ou par un organisme complémentaire agréé (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, 84,9 % des bénéficiaires choisissent la gestion par leur caisse d'assurance maladie. Cette proportion a cependant diminué de 2,4 points depuis 2007.

Répartition des bénéficiaires de la CMU-C selon gestion de la CMU-C par leur régime obligatoire ou par un organisme complémentaire, au 31 décembre 2010, métropole et Dom, tous régimes confondus



Sources : tous régimes

Dans plus de 85 % des cas, les bénéficiaires du régime général et des petits régimes ont recours à leur régime obligatoire pour la gestion de leurs droits à la CMU-C. Par contre, un tiers des ressortissants des SLM a recours à un organisme complémentaire, ainsi que plus de 20 % au régime des indépendants.

*Répartition entre CMU-C gérée par les régimes obligatoires et gérée par un OC, métropole et Dom,
au 31 décembre 2010*

	Effectifs			Répartitions	
	CMU-C RO	CMU-C OC	Total	CMU-C RO	CMU-C OC
CNAMTS	3 369 626	570 499	3 940 125	85,5%	14,5%
RSI	166 751	45 344	212 095	78,6%	21,4%
CCMSA	93 199	20 648	113 847	81,9%	18,1%
SLM	34 357	15 047	49 404	69,5%	30,5%
Petits régimes	9 592	1 516	11 108	86,4%	13,6%
Total	3 673 525	653 054	4 326 579	84,9%	15,1%

Sources : tous régimes

En métropole, le choix d'un organisme complémentaire varie entre 1,9 % et 63,5 %, selon les départements. Ceux ayant la plus forte proportion de bénéficiaires affichent les plus faibles taux de recours aux OC. La démarche pour aller vers un OC demande un niveau d'intégration sociale et culturelle qui ne correspond pas à la situation des personnes les plus en difficulté dans les grandes agglomérations. Les départements de l'ouest, qui ont le moins de bénéficiaires, sont également ceux où le recours aux OC est le plus important.

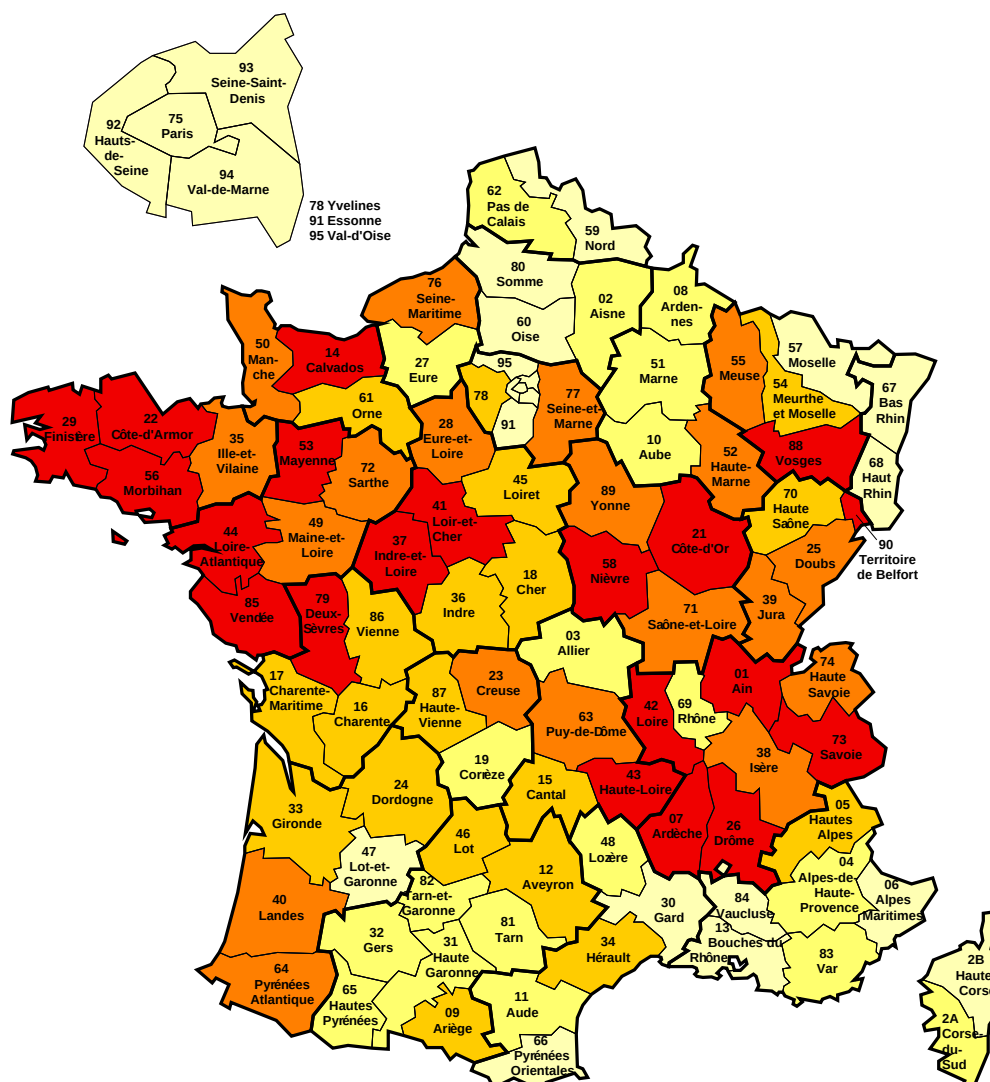
Les fortes proportions de gestion par les OC s'expliquent, soit par une plus grande tradition mutualiste dans une région donnée, soit, pour les plus forts pourcentages, par des démarches volontaristes des CPAM d'orienter les bénéficiaires vers un OC, afin de leur préserver le contrat de sortie dans l'année qui suivra la fin de leurs droits à la CMU-C.

*Distributions, par département, des pourcentages de bénéficiaires dont la CMU-C est gérée par un
OC, métropole, au 31 décembre 2010*

Couleur	Pourcentage OC				Nombre	Effectifs CMUC	Pourcent Effectifs CMUC
	>=	29,0%	<=	63,5%	20	449 098	12,1%
	>=	20,9%	<	29,0%	19	548 694	14,8%
	>=	14,2%	<	20,9%	19	536 578	14,5%
	>=	9,9%	<	14,2%	19	671 485	18,1%
	>=	1,9%	<	9,9%	19	1 498 057	40,4%
					96	3 703 912	100,0%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

Carte, par département, des pourcentages de bénéficiaires dont la CMU-C est gérée par un OC, métropole, au 31 décembre 2010



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outils carte : Philcarto

1.2.1.3. Les profils des bénéficiaires

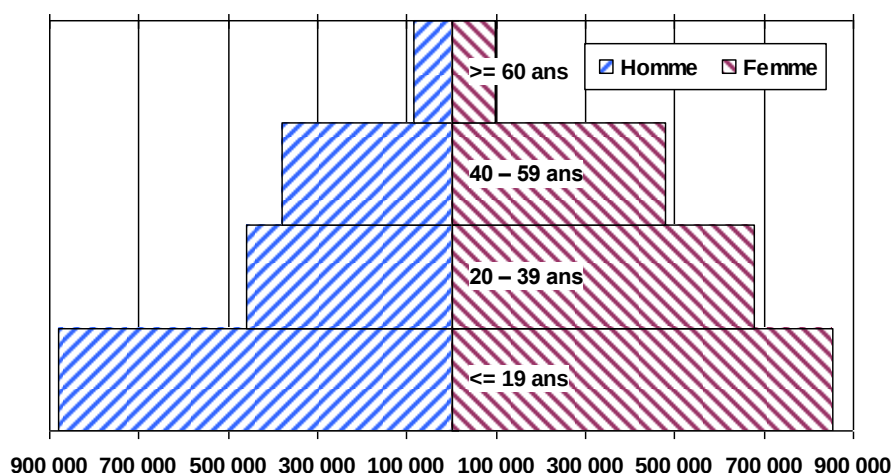
1) Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par tranche d'âge et par sexe et par catégories assurés et ayants-droit

Les bénéficiaires de moins de 20 ans représentent 44,3 % des effectifs et sont, pour 91,3 %, d'entre eux des ayants-droit. Les bénéficiaires situés à l'intérieur des deux tranches d'âges entre 20 et 59 ans rassemblent 51,0 % des effectifs et sont, pour 86,3 % d'entre eux des assurés. Dans cette tranche d'âge, 58 % des bénéficiaires sont des femmes, là où elles ne sont que 50,6 % dans l'ensemble de la population.

La faible proportion de plus de 60 ans s'explique par le fait que les personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu suffisant à l'âge de la retraite se voient attribuer l'ASPA⁶. Or, cette allocation dépasse légèrement le montant du plafond de la CMU-C, orientant ainsi ses bénéficiaires vers l'ACS (aide pour une complémentaire santé).

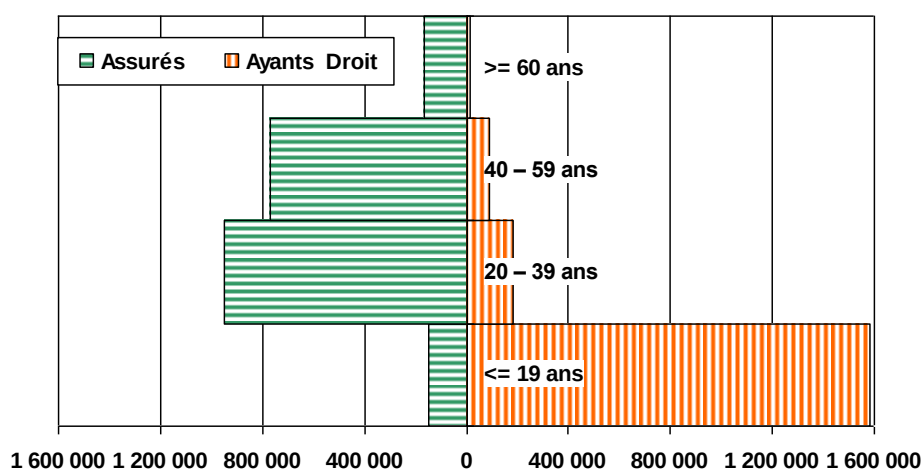
Les bénéficiaires de la CMU-C sont essentiellement des familles, plus souvent que d'autres, monoparentales avec une femme comme chef de famille.

Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par tranche d'âges et sexe, au 31 décembre 2010, métropole et Dom, CNAMTS



Sources : CNAMTS

Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par catégorie assurés et ayants-droit, au 31 décembre 2010, métropole et Dom, CNAMTS



Sources : CNAMTS

⁶ ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (708,95 € pour une personne seule au 01/04/2010).

Les 715 Zus observées au 1^{er} trimestre 2009 comptent environ 3 870 000 assurés du régime général (assurés et ayants-droit) dont 767 000 bénéficient de la CMU-C. Dans les Zus, la CMU-C bénéficie donc à un assuré (ou ayant-droit) sur cinq.

Il existe de fortes disparités entre les Zus, qui sont classées en fonction d'un degré de priorité allant de 1 à 3, le degré 1 étant le degré de priorité le plus élevé. Le taux de couverture de la CMU-C varie dans un rapport de 1 à 3 entre les 10 % des Zus les moins couvertes et les 10 % des Zus les plus couvertes par le dispositif. Ainsi, dans les 10 % des Zus les moins couvertes par le dispositif, la part des bénéficiaires de la CMU-C n'excède pas 9,8 % (1^{er} décile), tandis que, dans les 10 % des Zus les plus couvertes par la CMU-C, la part des bénéficiaires de la CMU-C dépasse systématiquement 31,9 % (9^{ème} décile).

Dans les Zus également, les enfants sont les principaux bénéficiaires de la CMU-C, les moins de 18 ans représentent environ deux bénéficiaires sur cinq, cette situation traduit la forte représentation des familles nombreuses. L'ONZUS note que le taux de couverture de la CMU-C décroît ensuite légèrement avec l'âge chez les plus de 25 ans, comme pour le reste de la population, ce qui reflète la progressivité de l'insertion professionnelle. La couverture de la CMU-C est plus prononcée chez les femmes, identiquement à ce que l'on observe sur le reste du territoire.

1.2.2. La problématique du relèvement du plafond

Avec 3,64 millions d'effectifs moyens pour l'année 2009, en métropole, la CMU-C a touché 79,2 % de sa population cible, évaluée à 4,6 millions pour la même année⁷. À près de 80 % de recours on peut donc considérer que la CMU-C, en tant que prestation sociale, atteint pleinement son objectif.

Pour autant, les effets de la crise économique sur ces trois dernières années pèsent de plus en plus lourdement sur les ménages à faibles revenus. Ainsi que l'indique l'INSEE dans sa dernière étude sur les niveaux de vie⁸ « *L'année 2009 est marquée par une hausse du nombre de chômeurs dans le bas de la distribution des niveaux de vie... Pour l'ensemble de la population, cette proportion est de 3,6 % en 2008 et de 4,4 % en 2009, soit une hausse de 0,8 point. De fait, l'évolution du chômage affecte en retour la composition du revenu disponible des ménages les plus modestes : les allocations chômage en représentent, ainsi, 7,5 % en 2009 contre 6,2 % en 2008 pour les ménages dont le niveau de vie est inférieur au 1^{er} décile tandis que la part des salaires et des autres revenus d'activité diminue (33,3 % contre 36,2 %) ».*

Cette tendance observée pour l'année 2009, n'a pu se confirmer sur les effectifs CMU-C qu'en 2011, les amortisseurs sociaux liés à la perte d'emploi arrivant à ce moment là au terme des 24 mois maximum pour les allocations chômage.

⁷ Note technique DREES-BESE N° 24/2011, Données de cadrage sur les effectifs éligibles à la CMU-C et à l'ACS, juillet 2011 – Estimation pour l'année 2009 – Cf Annexes du présent rapport

⁸ INSEE Première, N° 1365, Août 2011, Les niveaux de vie en 2009, Philippe LOMBARDO, Éric SEGUIN, Magda TOMASINI, division Revenus et patrimoine des ménages, Insee,

En parallèle, et sur un plus long terme, on constate que le rapport entre le plafond CMU-C et le seuil de pauvreté (50 % du revenu médian) est passé de 88,0 % en 2000, année de mise en place de la loi CMU, à 78,8 % en 2009, soit une érosion de plus de 9 points. Cette tendance pèse sur les ménages dont les revenus ne sont pas liés au RSA socle (ex RMI) et légèrement supérieurs au plafond de la CMU-C, ce dernier n'ayant pas suivi au plus près les besoins des personnes aux revenus les plus modestes.

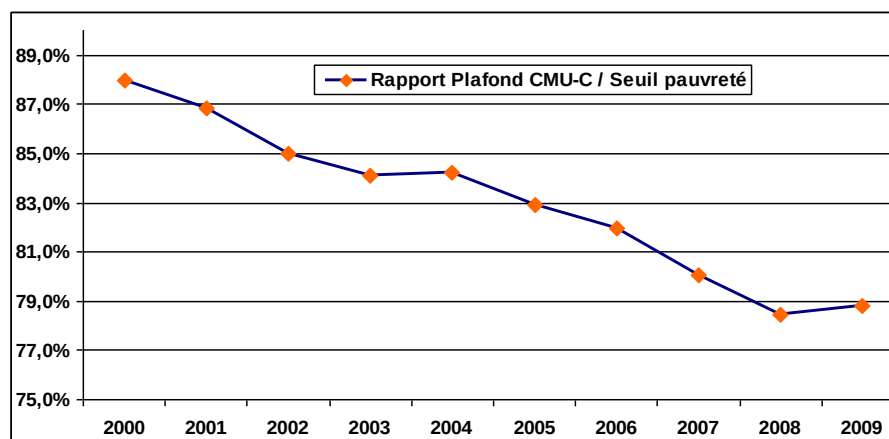
Évolution du plafond CMU-C et du seuil de pauvreté de 2000 à 2009, pour la France métropolitaine, en euros courants⁹

Euros courants	2000	2001	2002	2003	2004
Plafond CMU-C	534 €	549 €	562 €	566 €	576 €
Seuil de pauvreté	607 €	632 €	661 €	673 €	684 €
Rapport Plafond CMU-C / Seuil pauvreté	88,0%	86,9%	85,0%	84,1%	84,2%

Euros courants	2005	2006	2007	2008	2009
Plafond CMU-C	587 €	598 €	606 €	621 €	627 €
Seuil de pauvreté	708 €	730 €	757 €	791 €	795 €
Rapport Plafond CMU-C / Seuil pauvreté	82,9%	81,9%	80,1%	78,5%	78,8%

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 : Fonds CMU – Insee-DGFIP, enquêtes Revenus fiscaux 1970 à 1990, Insee-DGFIP, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives 1996 à 2004, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2009.

Évolution du rapport entre le plafond CMU-C et le seuil de pauvreté de 2000 à 2009 pour la France métropolitaine, en euros courants



⁹ Les prix courants sont les prix tels qu'ils sont indiqués à une période donnée, ils sont dits en valeur nominale. Les prix constants sont les prix en valeur réelle c'est-à-dire corrigés de la hausse des prix par rapport à une donnée de base ou de référence. On utilise de la même façon les termes euros constants et euros courants. Source INSEE

Si le plafond CMU-C était réévalué de 15 %, cela permettrait de retrouver le rapport de 90 % initialement fixé par rapport au seuil de pauvreté, sans dépasser par ailleurs les montants des minima sociaux tels que l'AAH et l'ASPA, dont les allocataires continueraient de relever de l'ACS.

Pour l'année 2011, le plafond étant fixé à 648 €, il serait alors remonté à 745 €. En se basant sur le calcul de la population cible effectué par la DREES sur l'année 2009, le passage de P à P + 15 équivaldrait à une augmentation de + 33 % des effectifs de la CMU-C.

Ainsi, les effectifs moyens pour le premier semestre 2011, en métropole, actuellement estimés à 3,42 millions de bénéficiaires atteindraient 4,55 millions, soit 1,13 millions de plus. **Le coût de cette réévaluation avoisinerait 418 millions d'euros pour la métropole.**

NB : Une approche complémentaire est en cours, pour calculer le coût d'une telle réévaluation pour les Dom. En tout état de cause, ce coût serait proportionnellement moindre pour les Dom qu'en métropole. D'une part, le taux de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population est de 30,4 % dans les Dom, là où le taux en métropole est de 5,8 %.

D'autre part, dans les Dom, la proportion de bénéficiaires de la CMU-C en lien avec des minima sociaux est supérieure à celle connue en métropole. Les modalités de calcul ne se définissent donc pas dans les mêmes termes en métropole et dans les Dom.

Le plafond de l'ACS étant défini en référence au plafond de la CMU-C, en l'état actuel des textes, le relèvement de ce dernier produirait les conséquences suivantes au niveau de l'ACS :

- d'une part, une sortie de l'ACS des bénéficiaires actuels dont le niveau de revenu se situe entre le plafond de la CMU-C actuel et ce même plafond majoré de 15 % ;
- d'autre part, une entrée de nouveaux bénéficiaires dans l'ACS du fait de l'augmentation mécanique induite.

Le Fonds CMU a procédé à un chiffrage sur ce champ. Il a été effectué au départ à partir des populations cibles retenues par la DREES selon les tranches de revenus.

Selon ce calcul, le surcoût net induit pour l'ACS s'établirait à **50 millions d'euros (métropole et DOM).**

La situation économique actuelle et la nécessité impérieuse de réduire le déficit des finances publiques permettent difficilement d'envisager à court terme une telle réévaluation du plafond de ressources de la CMU-C. Cependant, on ne peut totalement s'exonérer d'une réflexion sur l'évolution des trois grandeurs suivantes : seuil de pauvreté, revenus médians et plafond CMU-C. A défaut d'engager une telle réflexion, la troisième grandeur évoluant comme l'indice des prix et les deux autres comme le revenu, le décrochage s'accroîtra d'année en année.

Piste de travail : Intégrer la problématique d'un relèvement du plafond CMU-C dans les réflexions sur les exemptions de cotisations sociales dont bénéficient les contrats collectifs.

Nombre de foyers et de personnes pouvant bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS en 2009, selon le modèle INES¹⁰, pour la métropole

Nombre de foyers (au sens de la CMU-C), en millions, en 2009, métropole							
Tranche de ressources	Données	Type de foyer				Total	Cumuls
		Couple sans enfant	Couple avec enfant(s)	Célibataire sans enfant	Célibataire avec enfant(s)		
Inférieur ou égal au seuil CMU-C	Nb de foyers au sens de la CMU-C	0,2	0,4	1,2	0,6	2,3	
Éligibles à la CMU-C	Nb d'individus	0,3	1,5	1,2	1,5	4,6	
Entre le seuil CMU-C et le seuil CMU-C + 15%	Nb de foyers au sens de la CMU-C	0,1	0,2	0,3	0,1	0,6	
Éligibles à l'ACS	Nb d'individus	0,1	0,7	0,3	0,3	1,5	6,1

Source DREES

Une approche complémentaire est en cours, pour calculer le coût d'une telle réévaluation pour les Dom. En tout état de cause, ce coût serait proportionnellement moindre pour les Dom qu'en métropole. D'une part, le taux de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population est de 30,4 % dans les Dom, là où le taux en métropole est de 5,8 %.

D'autre part, dans les Dom, la proportion de bénéficiaires de la CMU-C en lien avec des minima sociaux est supérieure à celle connue en métropole. Les modalités de calcul ne se définissent donc pas dans les mêmes termes en métropole et dans les Dom.

1.2.3. Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C

1.2.3.1. La dépense moyenne globale

La question de la dépense globale des bénéficiaires de la CMU-C est légitimement posée par les organismes impliqués dans le suivi ou la gestion de la CMU-C. Des éléments en ce sens peuvent être produits, mais sont sujets à estimation et approximation.

En effet, 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 prestataires 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 monter en fiabilité, mais son suivi sur ces trois dernières années tend à prouver que la transmission par les établissements est devenue globalement régulière.

¹⁰ Les prix courants sont les prix tels qu'ils sont indiqués à une période donnée, ils sont dits en valeur nominale. Les prix constants sont les prix en valeur réelle c'est-à-dire corrigés de la hausse des prix par rapport à une donnée de base ou de référence. On utilise de la même façon les termes euros constants et euros courants. Source INSEE

Par contre, les données comptables ne prévoient pas de distinction sur la part obligatoire (part RO) en fonction du statut des bénéficiaires vis-à-vis de la CMU-C. L'autre limite de ces bases est de ne pouvoir fournir que des montants agrégés par prestations. Il n'est donc pas possible de calculer des montants moyens par consommant, mais seulement par bénéficiaire, qu'ils aient ou non consommé.

Pour différencier la dépense de la part RO entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires, et en connaître le montant par consommant, il convient de reprendre les données des bases prestations, issues des systèmes d'information des régimes. La concordance entre l'identification des prestations par les données comptables et par les codes prestations est possible sur les prestations de ville, mais elle reste délicate pour les prestations hospitalières, pour des raisons liées à l'alimentation des bases prestations.

Les éléments présentés pour évaluer la dépense globale sont donc issus des bases prestations et ne concernent que la dépense de ville.

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. En extrapolant sur 12 mois, la dépense globale moyenne en soins de ville pour les bénéficiaires de la CMU-C pourrait être évaluée, pour 2010, à 713,14 €. Ce montant n'inclut pas les forfaits prévus dans le cadre du panier de soins CMU-C (prothèses dentaires, optique...).

En ce sens, pour 2010, 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 est de 30 points, et continue donc la progression amorcée en 2009.

Évolution de l'écart de la dépense de ville de 2005/2009 sur les 9 premiers mois de chaque année, en pourcentage

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Écart dépense ville	21	27	27	27	28	30

Source CNAMTS

Les écarts entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C, sur la dépense globale sont principalement visibles dès le 7^{ème} décile de la population. L'augmentation de ces écarts peut également être le signe que les personnes accèdent mieux aux soins. A contrario, des études en cours tendent à démontrer que les bénéficiaires de la CMU-C auraient tendance à sous consommer des soins par manque d'information sur les droits qui leur sont ouverts.

1.2.3.2. La dépense pour la part CMU-C

En 2010, la dépense pour la part CMU-C, pour la CNAMTS, est estimée à 1 447 922 790 € en droits constatés¹¹, soit une évolution de + 3,3 % par rapport à 2009. Pour le RSI, l'augmentation des effectifs n'a pas eu d'effet sur la dépense globale. Pour la CCMSA, la baisse plus accentuée des effectifs se répercute sur la dépense.

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

	2007	2008	2009	2010	Évolution 2008-2009	Évolution 2009-2010
CNAMTS	1 443 355 706,87 €	1 401 991 001,49 €	1 401 026 078,64 €	1 447 922 790,00 €	-0,1%	3,3%
RSI	47 859 527,32 €	50 053 466,54 €	49 387 823,77 €	49 875 644,17 €	-1,3%	1,0%
CCMSA	42 523 264,07 €	40 552 261,98 €	37 716 651,94 €	33 299 752,36 €	-7,0%	-11,7%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

1.2.3.3. Le coût moyen de la CMU-C

Le coût moyen 2009 définitif par bénéficiaire de la part CMU-C est de 425 €, en métropole, pour la CNAMTS, qui gère les droits de presque 80 % des bénéficiaires.

Le coût moyen 2010 pour la CNAMTS, en métropole est estimé à 440 €.

L'évolution de la dépense individuelle globale entre 2008 et 2009 pour la CNAMTS est de + 2,7 % en métropole. Pour la dépense de ville, elle est de + 3,3 %, ce qui reste modéré.

Les bénéficiaires de la CMU-C de la CNAMTS ont une dépense supérieure de 15 % par rapport au régime agricole, de 16 % 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.

¹¹ En droits constatés, il faut attendre dans l'année n, les chiffres de l'année n-1 pour obtenir un coût définitif. Par exemple, on connaît le montant de la dépense payée en 2010 au titre de l'exercice 2010, mais il faudra attendre le 31 décembre 2011 pour connaître le montant de la dépense payée en 2011 au titre de l'exercice antérieur à 2010. Le montant 2009 est donc maintenant définitif et le montant 2010 est calculé sur la base du montant de la dépense connue au titre de l'exercice, à laquelle on ajoute le montant de la provision passée par la CNAMTS, pour la dépense au titre de l'exercice antérieur

Dépense individuelle par organisme en droits constatés, métropole

	2007	2008	2009	2010**
CNAMTS*	404,72 €	413,89 €	425,19 €	440,52 €
RSI	337,46 €	339,40 €	334,42 €	311,93 €
CCMSA	371,36 €	364,82 €	370,02 €	367,78 €
Organismes complémentaires	349,70 €	362,20 €	366,61 €	372,40 €

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

Évolution de la dépense individuelle en droits constatés, métropole

	2007/2008	2009/2008	2010**/2009
CNAMTS*	2,3%	2,7%	3,6%
RSI	0,6%	-1,5%	-6,7%
CCMSA	-1,8%	1,4%	-0,6%
Organismes complémentaires	3,6%	1,2%	1,6%

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

Pour chaque bénéficiaire de la CMU-C la dotation forfaitaire versée aux régimes, ou aux organismes complémentaires, a été de 370 € en 2009 et de 340 € en 2008. En 2009, par bénéficiaire et pour la métropole, la CNAMTS a perdu 55,19 €.

Montants de la dépense individuelle par poste et par régime – métropole 2009

	CNAMTS	RSI	CCMSA	OC
Effectifs – Moyenne sur l'année 2009	2 871 243	138 358	99 060	470 438
Total coût unitaire	425,19 €	334,42 €	370,02 €	366,61 €
Ville	312,21 €	271,60 €	286,29 €	287,08 €
Hôpital	112,98 €	62,82 €	83,73 €	79,53 €

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA et organismes complémentaires

La dépense de ville représente 73 % pour la CNAMTS, 81 % pour le RSI, 77 % pour la CCMSA et 78 % 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.

Répartition de la dépense individuelle par poste et par régime – Métropole 2009

	Répartition par organisme			
	CNAMTS	RSI	CCMSA	OC
Total coût unitaire	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ville	73,4%	81,2%	77,4%	78,3%
Hôpital	26,6%	18,8%	22,6%	21,7%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA et organismes complémentaires

La CMU-C permet de prendre en charge plus de 4 millions de personnes, dont 44 % d'enfants, qui ont bénéficié, en 2009 et 2010, d'une complémentaire maladie de très bon niveau, pour un coût modéré et maîtrisé.

■ **Précisions méthodologiques**

Les montants pour la dépense sont des données comptables. Ils sont définitifs pour les exercices N-2 et antérieurs (≤ 2009) et estimés pour l'exercice N-1 (2010). La dépense globale pour chaque organisme est le résultat d'une addition sur les douze mois de l'année. Les estimations pour 2010 prennent en compte les provisions passées par les régimes au 31 décembre 2010.

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, sauf pour l'exercice 2010 où le mois de décembre de la CNAMTS fait l'objet d'une évaluation. 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 €).

1.2.4. Point sur la dépense hospitalière pour la part CMU-C

1.2.4.1. Le contexte de l'approche

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.

Toutefois, si les chiffres sont justes du point de vue de la ventilation comptable, ils restent agrégés. Il n'est donc pas possible d'aller dans le détail de la dépense par profils d'assurés ou dans le détail par prestations spécifiques.

Par ailleurs, pour le suivi mensuel de la dépense, les établissements, notamment les établissements publics, ne font toujours pas la distinction entre la dépense de l'exercice en cours et la dépense au titre des exercices antérieurs au moment de la saisie.

Ainsi, un montant au titre de l'exercice en cours, retenu en date de traitement à la caisse pivot, peut intégrer des montants importants au titre d'exercices antérieurs sans qu'aucun moyen de détection ne puisse être mis en œuvre. Il convient donc de ne retenir que la dépense cumulée sur plusieurs mois.

La répartition comptable de la dépense pour les prestations hospitalières (donc hors forfaits d'hébergement) est de l'ordre de 80 % en forfaits de soins et de 20 % pour les consultations externes. Cette répartition mériterait d'être approfondie. En effet, des forfaits de soins s'adressent très souvent à des personnes en ALD ou font partie intégrante de protocoles également pris en charge à 100 %.

Il reste donc nécessaire de mieux connaître les règles de saisie au sein même des établissements hospitaliers, avant de tirer des conclusions, mais cet éclairage permet de mieux comprendre la décomposition de la dépense en l'état actuel des outils de saisie, quitte à ouvrir de nouveaux champs de recherche sur cette base.

1.2.4.2. 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 2010.

Sur la dépense totale pour la part CMU-C, métropole et Dom, la part de la dépense hospitalière représente 26,7 %. Sur cette part, 32,2 % est réservée au forfait hospitalier d'hébergement et 67,8 % revient aux soins.

Le forfait journalier d'hébergement représente 8,6 % de la dépense totale CMU-C. Le montant moyen pour la part CMU-C a évolué de + 6,8 % entre 2010 et 2011.

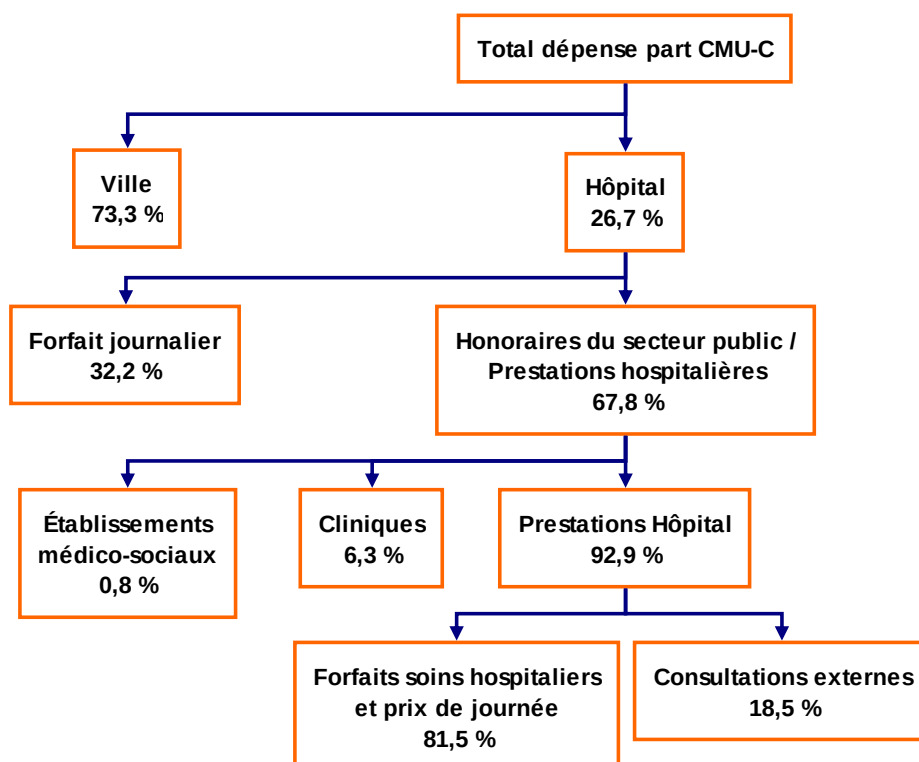
Le total des honoraires du secteur public et des prestations hospitalières représente 18,1 % de la dépense totale CMU-C. Le montant moyen pour la part CMU-C a évolué de + 5,5 % entre 2010 et 2011.

Les soins sont composés pour 92,9 % de prestations en hôpital public. Ces prestations se répartissent entre 18,5 % pour les consultations externes et 81,5 % de forfaits de soins et de prix de journée.

La part des forfaits soins hospitaliers et prix de journée représente 13,7 % de la dépense totale CMU-C¹².

¹² Pour rappel, les consultations de généralistes représentent 12,1 %

*Schéma de présentation de la dépense hospitalière pour la part CMU-C,
dépense en trésorerie, 2010, métropole et Dom*



Source : CNAMTS

1.2.4.3. La répartition de la dépense hospitalière par type de prestations

1) Répartition des prestations entre public et privé

Au 31 décembre 2010, le montant de la dépense cumulée depuis le 1^{er} janvier, pour les prestations hospitalières et les honoraires du secteur public (hors forfait hébergement), est de 262 075 598,04 €, en trésorerie, métropole et Dom.

Répartition de la dépense par type de prestataire, dépense en trésorerie, 2010, métropole et Dom

Type prestataire	Montant	Pourcent
Prestations Hôpital	243 484 455,44	92,9%
Établissements médico-sociaux	1 968 563,22	0,8%
Cliniques	16 622 579,38	6,3%
Total	262 075 598,04	100,0%

Source : CNAMTS

2) Répartition de la dépense des prestations à l'hôpital

Le montant pour les forfaits soins hospitaliers et les prix de journées est de 198 483 521,30 € pour la même période. Ces forfaits et soins sont liés à des prestations qui ne relèvent pas d'une prise en charge à 100 %.

Les consultations externes constituent moins de 20 % de la dépense. Cette information fait l'objet d'un questionnaire auprès de la CNAMTS, mais ne pourrait vraisemblablement être validée qu'en travaillant directement avec des hôpitaux.

*Répartition de la dépense hospitalière pour les soins et consultations externes,
dépense en trésorerie, 2010, métropole et Dom*

Types d'actes	Montant	Pourcent
Forfaits soins hospitaliers et prix de journée	198 483 521,30	81,5%
Consultations externes	45 000 934,14	18,5%
Total	243 484 455,44	100,0%

Source : CNAMTS

3) Répartition de la dépense pour les cliniques privées

Presque 75 % de la dépense pour les cliniques privées est liée aux frais de séjour et à l'hospitalisation en cliniques privées, à l'hospitalisation à domicile, ainsi qu'aux urgences, dialyses, IVG, médicaments et LPP, forfaits annuels d'urgence.

Les consultations externes pour les cliniques privées sont intégrées dans la dépense de ville.

*Répartition de la dépense des soins et forfaits de séjour pour les cliniques privées,
dépense en trésorerie, 2010, métropole et Dom¹³*

Types d'actes	Montant	Pourcent
Cliniques privées ODMCO	12 281 045,94	73,88%
Cliniques privées OQN-PSY	2 024 314,32	12,18%
Cliniques privées OQN-SSR	2 042 525,90	12,29%
Cliniques privées autres dépenses	274 693,22	1,65%
Total	16 622 579,38	100,00%

Source : CNAMTS

4) La dépense hospitalière par département

Pour l'approche par département, la base de la dépense en droits constatés a été retenue. Pour l'année 2009, 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.

¹³ ODMCO : Objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique
OQN : Objectif quantifié national
PSY : Psychiatrie
SSR : Soins de suite spécialisés

*Distribution de la dépense moyenne hospitalière pour la part CMU-C,
en droits constatés, 2009, métropole*

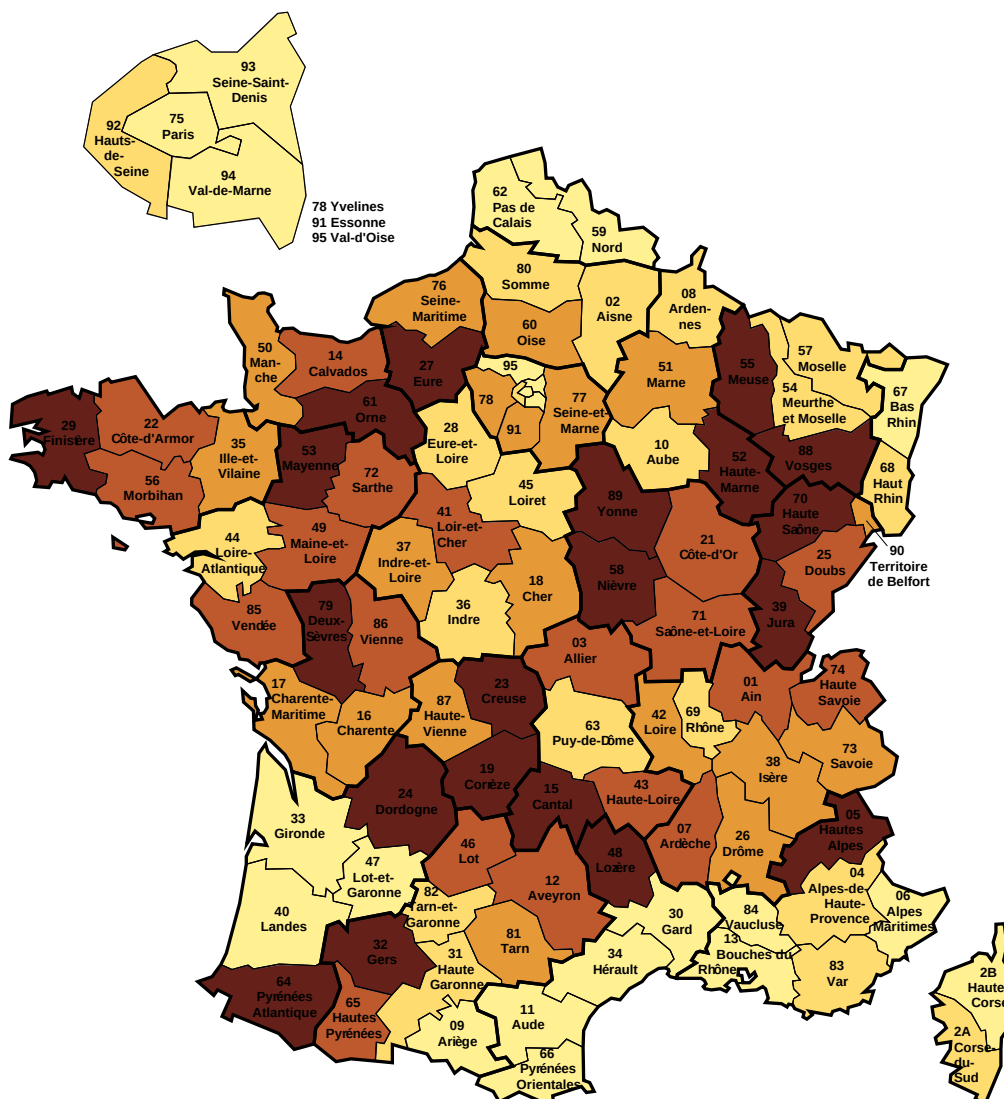
	Hôpital	
	Coût moyen	Pourcent / Total part CMU-C
Max	754,14 €	75,5%
Médiane	124,51 €	30,7%
Moyenne	136,14 €	31,5%
Min	75,18 €	18,6%

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, 2009, métropole

Couleur	Rapport Hôpital/Dépense				Nombre
	>=	36,2%	<=	75,5%	20
	>=	32,9%	<	36,2%	19
	>=	29,1%	<	32,9%	19
	>=	25,7%	<	29,1%	19
	>=	18,6%	<	25,7%	19
					96



1.3. Une prise en charge qui touche difficilement sa cible : l'ACS

1.3.1. Présentation des effectifs

Le suivi du dispositif ACS est effectué à partir de deux indicateurs : le nombre de bénéficiaires d'attestations et le nombre de personnes qui les ont effectivement utilisées auprès d'un organisme complémentaire.

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

Deux principales difficultés :

- la plage de revenu pour y accéder, même si elle a tendance à s'élargir avec le temps, demeure étroite et il est difficile a priori de savoir si on est éligible ou pas ;
- au-delà de la constitution et du dépôt du dossier, pour les personnes non couvertes au départ par un contrat, la recherche d'un organisme complémentaire est compliquée ; la question du reste à charge sur le prix du contrat mais également sur prestations peuvent également constituer un frein.

Le problème déterminant pour l'ACS est celui de la non demande par les publics potentiels et non celui du taux d'utilisation des attestations qui atteint un niveau remarquable de 85 %.

Depuis la mise en place de l'ACS, le directeur de la sécurité sociale, s'implique fortement dans l'organisation de réunions dont le but est le développement du dispositif : trois ont été réalisées en 2010, trois depuis le début de l'année 2011. L'ensemble des acteurs intéressés y sont associés : les principaux régimes d'assurance maladie, les fédérations d'organismes complémentaires et le Fonds CMU. En outre, sont également conviés la CNAVTS, la CNAF et l'UNEDIC compte tenu de leurs liens avec les publics potentiellement éligibles au dispositif.

On a pu noter que l'ensemble des acteurs se sont fortement mobilisés pour faire connaître davantage le dispositif au travers de campagnes de communication et d'information en direction des publics et des partenaires, ainsi que de formation des personnels. Les régimes d'assurance maladie ainsi que les principales fédérations d'organismes complémentaires ont présenté leurs initiatives dans le cadre de leurs contributions.

1.3.1.1. Un nombre de bénéficiaires qui peine à augmenter significativement

En 2009, le nombre de bénéficiaires de l'ACS, tous régimes confondus a été stable par rapport à 2008 : + 0,62 % d'évolution.

La campagne « CAF/CPAM » avait conduit à une augmentation importante du nombre de bénéficiaires d'attestations au dernier trimestre 2008 (près de + 40 % par rapport à la même période un an plus tôt) puis, plus légèrement sur le premier trimestre 2009. Cette tendance n'a pas été confirmée sur les mois suivants, les effets de l'opération qui n'a eu lieu qu'une seule fois s'étant estompés.

Entre 2009 et 2010, les effectifs ont connu une évolution plutôt satisfaisante de + 5,5 %. Ils ont cependant évolué de + 10,4 % sur le premier semestre 2010 (par rapport au premier semestre 2009), alors qu'ils ont été stables sur le second semestre (+ 0,4 % d'augmentation) sans que l'on puisse réellement expliquer cette rupture.

Depuis 2010, dans le cadre d'une collaboration entre la CNAVTS et la CNAMTS, un courrier d'information est systématiquement envoyé aux nouveaux titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) pour les inciter à formuler leur demande d'ACS. L'envoi est effectué trimestriellement et le flux évalué à 8 000 courriers par trimestre. 30 000 courriers ont été envoyés durant l'année 2010.

L'année 2011 est principalement marquée par le relèvement du plafond ACS au niveau du plafond CMU-C majoré de 26 % à compter du 1^{er} janvier 2011.

Les échanges d'information entre la CNAF et la CNAMTS ont connu une concrétisation en avril 2011 avec l'envoi de 42 000 courriers à destination de bénéficiaires potentiels de l'ACS percevant une prestation de leur CAF. Ces derniers ont été sélectionnés à partir des fichiers de la CNAF d'octobre à décembre 2010. Les envois ont vocation à devenir mensuels. A ce jour, près de 200 000 courriers ont été adressés. La CNAMTS évalue le flux annuel à 300 000 envois.

1) Une évolution des effectifs de 17,6 % sur les 7 premiers mois de 2011

A fin juillet 2011, en glissement annuel, 699 455 personnes se sont vues délivrer une attestation ACS.

Sur les 7 premiers mois de 2011, tous régimes confondus, l'augmentation a été de + 17,6 % par rapport à la même période un an plus tôt.

	Nbre mensuel de bénéfs	Evol en une année (mois à mois)	Nbre bénéfés au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant trimestriel déduction	Montant annuel déduction
Janv 2010	55 336	-3,02%	597 897	—	—	—
Fév 2010	59 515	8,04%	602 328	493 325	61,0 €	244 €
Mars 2010	65 368	16,94%	611 796	—	—	—
Avril 2010	53 904	19,53%	620 602	—	—	—
Mai 2010	49 335	8,42%	624 434	517 177	64,1 €	256 €
Juin 2010	57 051	11,75%	630 432	—	—	—
Juillet 2010	46 679	1,09%	630 937	—	—	—
Août 2010	44 178	10,08%	634 984	536 910	66,6 €	266 €
Sept 2010	48 794	-0,87%	634 554	—	—	—
Oct 2010	48 740	-3,23%	632 926	—	—	—
Nov 2010	50 353	-0,25%	632 801	532 865	67,5 €	270 €
Déc 2010	52 240	-2,44%	631 493	—	—	—
Janv 2011	67 563	22,10%	643 720	—	—	—
Fév 2011	65 394	9,88%	649 599	528 186	68,3 €	273 €
Mars 2011	74 937	14,64%	659 168	—	—	—
Avril 2011	58 624	8,76%	663 888	—	—	—
Mai 2011	69 355	40,58%	683 908	560 425	68,2 €	273 €
Juin 2011	62 347	9,28%	689 204	—	—	—
Juillet 2011	56 930	21,96%	699 455	—	—	—

La progression s'établit à + 18,2 % pour la CNAMTS, à + 5,4 % pour la CCMSA et à + 17,7 % pour le RSI (les derniers chiffres connus sont ceux du premier semestre 2011 pour la CCMSA et le RSI).

L'évolution enregistrée apparaît donc un peu en deçà des prévisions initiales du Fonds CMU (+ 22 % entre novembre 2010 et novembre 2011) en référence au relèvement du plafond ACS intervenu à compter du 1^{er} janvier 2011.

2) Des chiffres mensuels fluctuants pour la CNAMTS

Pour la CNAMTS (92 % des bénéficiaires), les chiffres fluctuent sensiblement selon les mois ainsi que le montre le tableau suivant :

	Nbre mensuel de bénèfs	Evol / mois précédent
Janv 2011	62 010	27,57%
Fév 2011	59 841	-3,50%
Mars 2011	69 384	15,95%
Avril 2011	54 094	-22,04%
Mai 2011	64 825	19,84%
Juin 2011	57 816	-10,81%
Juillet 2011	53 079	-8,19%

Sur les 7 premiers mois de 2011, 11 caisses (soit 7 % des effectifs totaux) enregistrent des évolutions négatives et donc incohérentes compte tenu du relèvement du plafond. En neutralisant leurs chiffres, on aboutirait à un taux d'évolution atteignant + 22 %. Ces situations ont fait l'objet d'un signalement à la CNAMTS qui s'est rapprochée des caisses concernées.

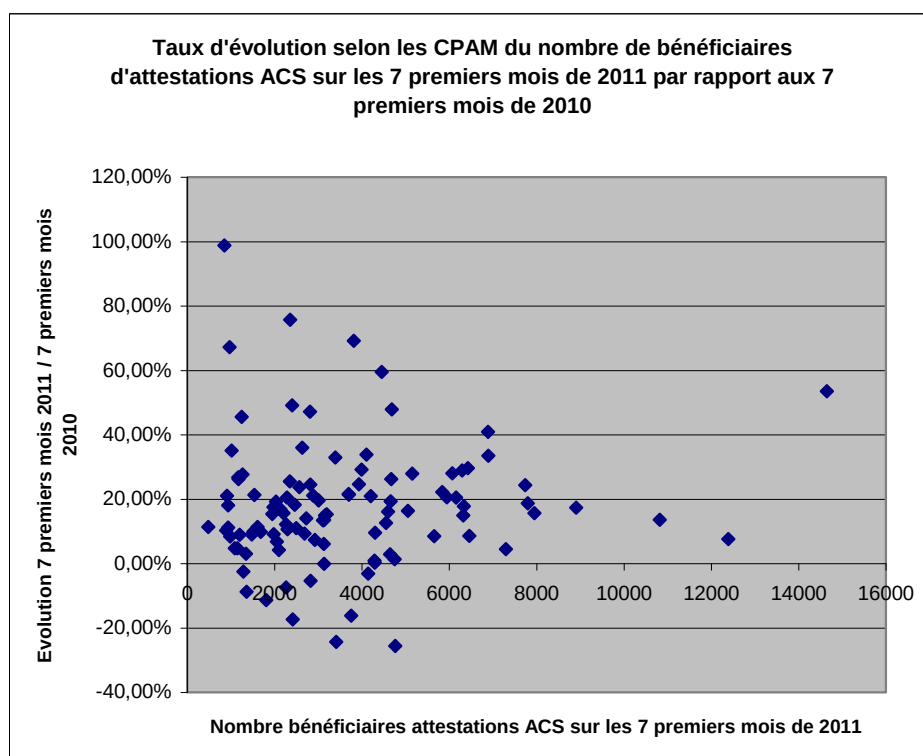
Selon les informations remontées par la CNAMTS, les problèmes d'évolution constatés concerneraient plutôt l'année 2010 (reports de l'année précédente par exemple).

La situation des caisses enregistrant une très faible évolution ainsi que celles constatant de très fortes évolutions positives peuvent également poser question.

A la demande du Fonds CMU, une réunion a été organisée entre le Fonds CMU et la CNAMTS en septembre 2011. Le but était de tenter de comprendre ces évolutions et d'envisager d'autres modèles de remontée d'information et de traitement.

Certaines décisions ont été prises au cours de cette réunion. Dans l'attente de la livraison de la base « Ressources » nationale (en 2012), les remontées mensuelles actuelles (remontées manuelles) sont maintenues. Elles fournissent en effet des informations quantitatives non seulement sur les bénéficiaires mais également sur les demandes et les refus ainsi que sur la composition du foyer. L'attention de la CNAMTS et du Fonds CMU restera portée sur les évolutions atypiques. Les caisses identifiées seront contactées directement par la CNAMTS. Les indicateurs actuels sur le nombre de demandes et le nombre de refus continueront à faire l'objet d'un suivi attentif.

Par ailleurs, pour compléter des données remontées de manière déclarative, une requête a posteriori sera lancée au niveau national pour dénombrer les effectifs ACS à partir de l'applicatif Erasme National. Cette requête automatique serait réalisée tous les 6 mois par la CNAMTS. Elle concernera les bénéficiaires ayant reçu une attestation, consommateurs ou non, utilisateurs ou non de cette attestation auprès d'un OC.



Piste de travail : Poursuivre l'effort de fiabilisation des données ACS remontées par les caisses d'assurance maladie dans le cadre des collaborations en cours avec le Fonds CMU.

3) Un impact du relèvement du plafond ACS conforme aux attentes

A la demande du Fonds CMU, une expérimentation a été conduite par trois CPAM pour chiffrer l'impact du relèvement du plafond ACS, à partir d'une exploitation de leurs bases « ressources » locales.

La hausse des effectifs liée au relèvement du plafond est située autour de 20 % et conforme aux résultats constatés nationalement sur 2 départements ; en revanche, l'impact est sensiblement plus important sur le Finistère (+ 34 %).

	Augmentation des effectifs liée au relèvement du plafond ACS (%)	Période examinée
Hauts de Seine	21	janv/oct 11
Rouen-Elbeuf-Dieppe	19	janv/sept 11
Finistère	34	janv/oct 11

Sur 2010, le taux de pénétration de l'ACS (apprécié à partir du ratio ACS / CMU-C), a été sensiblement plus important dans le Finistère que dans les 2 autres départements. Ceci peut laisser à supposer un contexte local de meilleure connaissance du dispositif ACS, qui pourrait être lié à une tradition mutualiste marquée dans l'ouest de la France.

En raisonnant sur les foyers, seule donnée disponible s'agissant des demandes et des refus, on constate une stabilité du volume des demandes et une baisse de la part des refus pour la CNAMTS par rapport à l'année 2010.

Le nombre de demandes n'a pratiquement pas augmenté entre les 7 premiers mois de 2010 et les 7 premiers mois de 2011 (+ 1,0 %).

S'agissant des refus, leur part dans les demandes a baissé de pratiquement 6 points sur la même période ; ils s'établissent respectivement à 34,3 % et 28,4 %. Ce pourcentage ressort très stable sur les 7 premiers mois de 2011.

Données disponibles seulement pour les foyers et non les bénéficiaires

	Accords	Refus	Total demandes	%refus / total demandes
janv-11	33 759	12 402	46 161	26,87%
févr-11	32 297	13 564	45 861	29,58%
mars-11	39 227	15 289	54 516	28,04%
avr-11	29 715	12 233	41 948	29,16%
mai-11	36 689	15 322	52 011	29,46%
juin-11	33 694	13 514	47 208	28,63%
juil-11	31 310	11 636	42 946	27,09%

La stagnation du volume des demandes couplée à la baisse des refus indiquent que l'augmentation de la délivrance constatée sur le début de l'année 2011 est imputable pour l'essentiel à l'augmentation du plafond ACS.

En l'absence du relèvement du plafond, tout laisse à penser que les effectifs ACS n'auraient pas augmenté en 2011.

4) La part des plus de 60 ans augmente très légèrement depuis janvier

Hormis sur juillet mais qui est un mois de congés, on assiste à une augmentation lente mais progressive de la part des 60 ans et plus dans la délivrance des attestations. Elle est passée de 18,92 % à 20,31 % entre janvier et juillet 2011 (+ 1,39 points).

Données relatives au nombre de bénéficiaires d'attestations ACS

	janv-11	févr-11	mars-11	avr-11	mai-11	juin-11	juil-11
moins de 16 ans	26,90%	26,73%	26,85%	27,68%	25,56%	26,06%	26,09%
entre 16 et 49 ans	40,69%	40,88%	40,70%	40,06%	41,32%	40,28%	41,07%
entre 50 et 59 ans	13,49%	13,25%	12,73%	12,65%	12,94%	12,81%	12,53%
plus de 60 ans	18,92%	19,13%	19,72%	19,61%	20,18%	20,85%	20,31%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Sur l'ensemble de l'année 2010, la population âgée de 60 ans et plus représentait 19,73 % de la délivrance.

Deux hypothèses peuvent expliquer ce constat :

- un impact progressif des courriers CNAVTS / CPAM (8 000 courriers par trimestre en direction des nouveaux titulaires de l'ASPA). On rappellera que l'opération a été initiée fin 2010 ;
- une réponse plus importante des 60 ans et plus à l'impact suite au relèvement du plafond ACS.

5) Les renouvellements représentent en réalité 45 % des demandes

Les chiffres fournis par le régime général montrent au niveau des bénéficiaires d'attestations ACS un taux de renouvellement approchant 35 % sur le début de l'année 2011.

	janv-11	févr-11	mars-11	avr-11	mai-11	juin-11	juil-11
Tous types d'adhésions	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Primo demandeurs	68,60%	70,62%	67,24%	67,06%	67,12%	67,15%	67,04%
Renouvellements	31,40%	29,38%	32,76%	32,94%	32,88%	32,85%	32,96%

Ce chiffre de 35 % est atteint lorsqu'on redresse les données de quelques caisses qui ne renseignent pas cette rubrique ou le chiffre affiché est clairement sous estimé.

Le risque sur cette rubrique est celui d'une sous estimation du chiffre affiché par les caisses compte tenu de leurs méthodes de comptabilisation. La différence constatée entre les deux résultats peut également s'expliquer par le fait que pour la CNAMTS, le nombre de renouvellements est rapporté à l'ensemble des bénéficiaires d'un accord ACS, y compris ceux qui n'utilisent pas leur attestation, contrairement aux chiffres des OC.

Il va de l'intérêt des OC de faciliter le renouvellement du droit puisque l'ACS consiste en une solvabilisation de leurs assurés. Les contributions des fédérations d'OC montrent une attention toute particulière des OC sur cette question. Dans la quasi-totalité des cas en effet, un courrier d'alerte (et très souvent une relance) est envoyé aux bénéficiaires du dispositif arrivant en fin de droits. Ce point nous avait été confirmé dans le cadre d'une enquête téléphonique auprès de quelques OC couvrant le plus grand nombre de bénéficiaires, conduite au cours de l'année 2010.

6) Le devenir des bénéficiaires après une année de droit

L'enquête conduite sur un OC par la FNMF (cf. paragraphe précédent), fournit également le détail du devenir des bénéficiaires de l'ACS après une année de droit. Le résultat obtenu est proche de celui issu de l'enquête sur le même thème conduite en 2008 auprès de 24 mutuelles.

Statut	% bénéficiaires (enquête FNMF 2011 sur une mutuelle)	% bénéficiaires (enquête FNMF 2008 sur 24 mutuelles)
Toujours ACS	44	45
Passage CMU-C	13	9
Passage droit commun sans ACS	33	34
Sortis de la mutuelle	10	12
Total des effectifs	100	100

Il faut retenir que sur 100 bénéficiaires de l'ACS, 90 sont encore présents dans l'OC à l'issue d'une année. Ce résultat confirme que l'ACS constitue objectivement une clef d'entrée et de fidélisation dans la complémentaire santé.

1.3.1.2. Un taux d'utilisation élevé

Le nombre d'utilisateurs d'attestations ressort à 560 425 au 31 mai 2011, en hausse de + 8,4 % par rapport à fin mai 2010.

	Nbre utilisateurs (à la date précisée)	Evol / trimestre précédent	Evol / trimestre un an plus tôt
Février 2010	493 325	-1,67%	6,02%
Mai 2010	517 177	4,83%	5,03%
Août 2010	536 910	3,82%	7,37%
Novembre 2010	532 865	-0,75%	6,22%
Février 2011	528 186	-0,88%	7,07%
Mai 2011	560 425	6,10%	8,36%

On constate que si les évolutions annuelles sont plutôt régulières et situées en moyenne autour de 7 %, les évolutions d'un trimestre sur l'autre sont sujettes à fluctuations.

En effet, on le sait, les déclarations des OC sont susceptibles de variations d'un trimestre sur l'autre, du fait de régularisations qui s'avèrent non négligeables selon les trimestres.

Entre février et mai 2011, on enregistre une hausse satisfaisante au regard des évolutions trimestrielles précédentes. Il pourrait s'agir des premiers effets de l'augmentation de la délivrance des attestations sur l'utilisation effective de leur droit par les bénéficiaires auprès des OC. Un décalage est toutefois envisageable. On considère en effet qu'en moyenne, le délai pour utiliser une attestation s'établit à un mois et demi. En l'espèce, les bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas de complémentaire santé et rentrés dans le dispositif grâce au relèvement du plafond vont devoir entamer des démarches qui peuvent prendre un certain temps. Certains pourraient d'ailleurs y renoncer.

Par ailleurs, il faut encore attendre les effets des échanges CAF / CPAM qui ne sont mis en place que depuis avril 2011 et qui pourront, dans un premier temps, être appréciés au regard de l'évolution globale des bénéficiaires.

Le taux d'utilisation des attestations ACS demeure très élevé, de l'ordre de 85 %¹⁴. Il s'agit d'un chiffre remarquable au regard des résultats constatés habituellement sur ce type d'opérations qui s'appuient sur des « bons d'achat ».

A fin 2010, les mutuelles regroupaient 71,3 % des utilisateurs d'attestations, les sociétés d'assurance 26,3 %, les institutions de prévoyance 2,4 %. Ces chiffres sont proches de ceux obtenus dans le cadre de la CMU-C où les taux s'élèvent respectivement à 76,4 %, 21,2 % et 2,4 %.

Piste de travail : Mesurer, dans le cadre de la promotion de l'ACS, l'impact des échanges CAF/CPAM à travers la mise en œuvre d'une requête nationale de suivi qui consistera à croiser le fichier des destinataires du courrier d'information avec celui des bénéficiaires d'attestations de droits quelques mois plus tard.

1.3.2. La problématique de la population cible ACS

D'après le chiffrage de la DREES (Cf. annexe 4) :

- 2,5 millions de personnes seraient concernées par un plafond ACS dépassant de 20 % celui de la CMU-C,
- 3,4 millions de personnes pour un dépassement de 26 %,
- et 4,0 millions de personnes avec un passage à plafond CMU-C + 30 %.

Ces estimations ne concernent que la métropole.

Nous avons essayé d'affiner ce chiffrage en tenant compte des différents éléments disponibles (*chiffrage en année pleine 2011 de la situation plafond CMU-C + 26 %*).

1) Les contrats collectifs non éligibles à l'aide

La population cible ainsi calculée intègre une partie des bénéficiaires potentiels disposant d'un contrat obligatoire ou facultatif (avec une participation extérieure) d'entreprise, alors que ces derniers ne sont pas éligibles à l'aide.

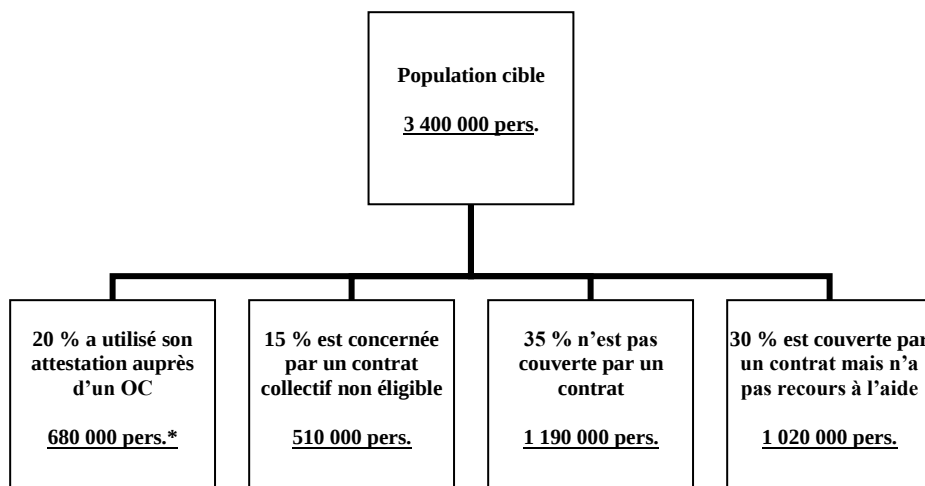
Pour chiffrer le nombre de personnes concernées par ces contrats, il faut repartir des résultats d'ESPS 2008 qui montre que le taux de couverture par une entreprise croît régulièrement et sensiblement avec le niveau de revenu. Il est d'environ 20 % sur le premier quintile de revenu (moins de 870 € par unité de consommation).

En considérant qu'à minima, plus de 2/3 de ces contrats ne sont pas éligibles à l'ACS car aidés, 15 % des bénéficiaires potentiels ne pourraient donc bénéficier du dispositif légal, soit 510 000 personnes, portant ainsi la population cible à 2,9 millions de personnes en métropole.

¹⁴ Le calcul est effectué de la manière suivante : (nombre d'utilisateurs d'attestations à fin mai 2011) / (nombre de bénéficiaires d'attestations sur un an à fin avril 2011).

2) Les personnes couvertes par un contrat éligible à l'aide

En partant des chiffres disponibles, on constate qu'environ 20 % de la population cible devrait utiliser une attestation ACS auprès d'un OC. Si par ailleurs, 15 % de la population cible est concernée par un contrat collectif non éligible et 35 % n'est pas couverte par un contrat, cela signifie qu'environ 30 % de la population cible est couverte par une couverture complémentaire santé éligible, mais n'a pourtant pas recours au dispositif.



** Chiffrage initial. La réalité devrait se situer entre 640 000 et 650 000 utilisateurs à fin novembre 2011.*

Si l'on rapporte le nombre de personnes éligibles ayant un contrat et n'ayant pas reçues l'ACS (1 020 000 personnes) et celles éligibles et n'ayant pas de contrat (1 190 000 personnes), on arrive à un total de 2 210 000 personnes en situation de non recours à l'ACS, rapportée à une population cible éligible de 2 890 000, le taux de non recours ressort à 69 %.

Les personnes non couvertes par un contrat éligible

D'après les données de l'IRDES issues de l'enquête ESPS 2008, hors CMU-C, 35 % des personnes appartenant au 1er quintile de revenus (moins de 870 € par unité de consommation) ne sont pas couvertes par une complémentaire santé. Ce taux n'est plus que de 9 % sur le 2^{ème} quintile (870 € à 1 167 € par UC), et baisse jusqu'à 3 % sur le dernier quintile.

Le premier quintile à l'intérieur duquel se trouve la population ACS est donc caractérisé par un très faible taux de couverture comparativement au reste de la population.

Parmi les bénéficiaires potentiels de l'ACS figurent une bonne partie des bénéficiaires de l'AAH ainsi que ceux de l'ASPA s'ils sont isolés (sauf dans les Dom où le plafond spécifique applicable permet que les personnes en couple soient éligibles).

Fin 2009, le nombre de bénéficiaires de l'AAH s'établissait à 880 000 dont 70 % environ sont éligibles à l'ACS (chiffrage effectué par la mutuelle Intégrance en 2009), soit 600 000 environ. A la même date, on comptait autour de 420 000 bénéficiaires du minimum vieillesse éligibles à l'ACS.

Ce sont donc environ un million de personnes éligibles à l'ACS qui relèvent de l'un ou l'autre de ces dispositifs. Dans cette population figure une proportion relativement importante de personnes en ALD qui constituent une frange de la population relativement moins couverte par une complémentaire santé. D'après l'enquête ESPS 2008 en effet, 8,8 % des personnes en ALD ne sont pas couvertes contre 5,7 % au sein des personnes non ALD.

Piste de travail : Poursuivre les efforts entrepris par l'ensemble des partenaires dans le but d'informer les bénéficiaires potentiels sur l'existence du dispositif ACS. Par des opérations de ciblage spécifiques, inciter les OC à poursuivre leurs efforts pour communiquer en direction de leurs assurés potentiellement concernés (bénéficiaires sortants du dispositif de la CMU-C, personnes en difficultés financières, familles monoparentales etc.). Envisager une campagne de communication nationale sur l'ACS (télévision, spots radio etc.) dès lors que le plafond ACS aura été réévalué.

1.3.3. Les aides supplémentaires ACS

1) Le régime général

Les dispositifs locaux d'aides complémentaires à l'ACS et d'aides visant à atténuer l'effet de seuil ACS, mis en place par les CPAM en 2010, marquent une pause par rapport à la forte évolution constatée entre 2008 et 2009. Les caisses ont en effet fonctionné avec des budgets provisoires jusqu'au mois d'octobre 2010.

Par ailleurs, en comparaison avec l'année 2009 où les caisses avaient une visibilité sur les crédits disponibles, elles se sont vraisemblablement montrées plus prudentes en 2010, dans un contexte de première année de COG.

Ils se maintiennent toutefois à un niveau élevé puisqu'ils ont touché 135 995 personnes (+ 6 % par rapport à 2009) pour un montant de 18,2 millions d'euros (- 2 %). Ce montant représente 22,8 % de la dotation paramétrique consommée (+ 5,1 points par rapport à 2009).

Au sein de ces aides :

- les « compléments ACS » touchent 110 759 bénéficiaires et représentent 12,7 millions d'euros (respectivement + 2, % et - 9 % par rapport à 2009) ;
- les aides « effet de seuil ACS » concernent 25 236 bénéficiaires correspondant à 5,5 millions d'euros (respectivement + 26 % et + 23 % par rapport à 2009).

Ce sont donc les aides « effet de seuil » qui sont à l'origine de l'évolution globale constatée.

37 CPAM proposent les 2 dispositifs, 46 un seul (35 le seul dispositif « complément ACS » et 11 le seul dispositif « effet de seuil ACS »).

L'aide moyenne par personne s'élève à 115 euros dans le premier cas (129 euros en 2009), à 218 euros dans le second cas (224 euros en 2009). On constate une forte dispersion autour de la moyenne mais cette dispersion est plus accentuée dans le cadre des dispositifs « effets de seuil ».

19 caisses n'ont pas mis en place de dispositif compte tenu de l'absence de visibilité budgétaire et de la crainte d'un impact trop important sur l'enveloppe de la dotation paramétrique qui est limitative.

2) La CCMSA

La CCMSA distingue deux types d'aides :

- les aides liées à l'ACS regroupant à la fois les « compléments ACS » et les aides « effet de seuil ACS » ;
- les aides financières ponctuelles consistant en des aides d'urgence sur conditions de ressources, âges, situation familiale ...

Elles sont caractérisées pour l'année 2010 de la manière suivante :

	Aides liées à l'ACS	Aides financières ponctuelles
Nombre de caisses de MSA	7	18
Nombre de bénéficiaires	358	1 059
Montant des aides financières	98 123 €	256 501 €
Montant moyen des aides attribuées par assuré	274 €	242 €

7 caisses accordent sous conditions (ressources, âge ...) une aide liée à l'ACS. Parmi ces dernières, 4 caisses attribuent également des aides financières ponctuelles. Seules 7 caisses indiquent n'accorder aucune aide.

En 2010, selon la CCMSA, les caisses ont favorisé l'attribution d'aides financières ponctuelles afin de permettre aux assurés modestes de solvabiliser leur accès à une complémentaire santé. Par exemple, l'une d'entre elles a accordé une aide forfaitaire exceptionnelle aux bénéficiaires du RSA non bénéficiaires de la CMU-C.

3) Le RSI

Des aides ponctuelles sur les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses de base sont accordées aux ressortissants du RSI. Il peut s'agir d'aides qui viennent compléter le montant de l'ACS attribué à l'intéressé ou destinées à ceux qui dépassent légèrement le plafond d'accès à l'ACS (correction de l'effet de seuil).

NB : Le RSI n'a pas été en mesure de communiquer les données chiffrées sur les aides accordées dans ce cadre en raison de la disparité des systèmes d'information utilisés par les caisses du réseau.

ENCADRÉ 2 :

Les études menées pour améliorer la connaissance sur le dispositif ACS

Au cours du premier semestre 2010, à la demande du Fonds CMU qui souhaitait obtenir de l'information de terrain sur le dispositif ACS, les CPAM du Finistère et du Rhône ont été mobilisées.

Les résultats obtenus ont été riches d'enseignements notamment sur l'évaluation par le Fonds CMU de l'impact du relèvement du plafond ACS.

De ces études il est en effet ressorti que :

- un peu plus de 40 % des foyers ayant essuyé un refus voyaient leurs ressources dépasser le plafond ACS de moins de 10 % ;
- 25 % environ des foyers ayant essuyé un refus avaient des ressources situées entre le plafond ACS majoré de 10 % et le plafond ACS majoré de 20 %.

Au niveau de la CPAM du Rhône, sur 100 foyers s'étant vus notifier un refus, la catégorie socio professionnelle du demandeur était la suivante : 31 salariés, 34 retraités, 12 chômeurs, 12 AAH, 3 IJ ALD, 4 invalidité, 4 autre. 50 foyers étaient composés d'une personne, 17 de 2 personnes.

1.3.4. Le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS en 2010

En application de l'article L.863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution des prix et des contenus des contrats ayant ouvert droit à l'ACS. Cette enquête constitue un observatoire essentiel de l'ACS s'agissant du prix et des caractéristiques des contrats de couverture complémentaire de santé concernés par le dispositif. Elle contribue en outre à l'élaboration d'un panorama des contrats de complémentaire santé.

Mise en œuvre depuis 2005, elle est particulièrement représentative. En 2010, 57 organismes complémentaires couvrant 66 % des bénéficiaires de l'ACS (219 093 contrats et 355 469 bénéficiaires) y ont répondu.

Cette étude a constamment évolué dans le temps.

L'étude 2009 a été conçue en ayant recours à la classification de la DREES utilisée dans le cadre de son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits. Dès lors, une comparaison entre « contrats ACS » et les contrats individuels dans leur ensemble décrits par la DREES dans son enquête annuelle (63 % des personnes couvertes par un contrat individuel en 2008), a pu être établie.

L'étude 2010 intègre pour la première fois une enquête sur les restes à charge (RAC) sur prestations des bénéficiaires de l'ACS (part des dépenses de santé qui reste à la charge de ces derniers après remboursement de la part obligatoire et de la part complémentaire). En effet, le RAC sur le prix du contrat affiché jusqu'alors dans l'étude ne constitue qu'une partie du RAC subi par les bénéficiaires. Le but recherché est de mieux appréhender l'effort financier total fourni par les bénéficiaires de l'ACS (Cf. partie 2.2.2.)

1.3.4.1. La synthèse des principales données

L'enquête 2010 s'inscrit dans la continuité des précédentes enquêtes, sauf sur ce qui concerne le montant moyen de déduction ACS qui connaît une évolution sensible de + 17 % grâce aux mesures de revalorisations intervenues depuis 2009, conduisant à la prise en charge du prix des contrats à hauteur de 60 % contre 50 % auparavant.

Les principaux résultats obtenus comparés à ceux de l'année précédente sont les suivants :

	Enquête 2010	Enquête 2009	Évolution (%)
Nombre d'OC	57	59	
Nombre contrats	219 093	205 352	
Nombre personnes enquêtées	355 469	332 786	
Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête	66 %	66 %	
Nombre personnes par contrat	1,62	1,62	
Prix moyen par contrat (couvrant 1,62 personnes)	782 €	764 €	+ 2,4
Prix moyen d'un contrat ACS par personne couverte	483 €	472 €	+ 2,4
Montant déduction moyenne par contrat	439 €	375 €	+ 17,1
RAC (*) moyen par contrat	344 €	389 €	- 11,6
Taux RAC (*) moyen	42 %	51 %	
Taux d'effort	3,6 %	4,1 %	

Le prix annuel moyen du contrat ressort à 782 € (par contrat couvrant en moyenne 1,62 personne, soit 483 € pour une personne), en évolution modérée de + 2,4 % par rapport à l'enquête 2009.

Le taux d'effort des ménages pour acquérir une complémentaire santé représente 3,6 % de leur revenu annuel. Il a donc baissé sensiblement en lien avec l'augmentation du montant de la déduction puisqu'il s'établissait à 4,1 % en 2009. Différentes études disponibles montrent que ce pourcentage diminue avec l'augmentation du revenu (de 2,9 % pour les ménages les plus riches à 10,3 % pour les ménages les plus modestes : ESPS 2006 – IRDES).

Dans ce contexte, le taux d'effort après application de l'ACS ressort en deçà de celui des cadres et professions intellectuelles situé autour de 4 % en moyenne. Près d'un demi-mois de revenu leur est cependant nécessaire pour financer leur complémentaire santé. Au-delà, les aides supplémentaires à l'ACS mises en place par une grande majorité des CPAM, abaissent le taux de reste à charge sur le prix des contrats des personnes concernées de 40 % à 20 %.

1.3.4.2. L'impact sur le prix des contrats des différents facteurs étudiés

Comme cela a déjà été démontré lors des précédentes enquêtes, on constate que le prix des contrats est impacté essentiellement par la taille de la famille, dans une moindre mesure par 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 couvertes croît. Plus de 65 % de 1 à 2 personnes, plus 25 % quand on passe de 2 à 3 personnes etc.

Quant au taux d'effort, il diminue régulièrement avec la taille du foyer, pour atteindre 1,6 % dans le cas des familles les plus nombreuses, chiffre à comparer aux 2,9 % constatés sur les ménages les plus riches¹⁵.

¹⁵ Cf. l'Enquête Santé Protection Sociale 2006, mai 2008, IRDES

A partir de trois bénéficiaires par contrat, il s'agit généralement de familles avec enfants. Les cotisations sont donc plus faibles, d'autant que certains contrats assurent la gratuité à partir du 2^{ème} ou du 3^{ème} enfant. L'ACS constitue un dispositif qui favorise objectivement les familles avec enfants comme en témoigne par ailleurs l'observation du taux d'effort.

Le prix est croissant avec l'âge du souscripteur¹⁶ : il augmente systématiquement lorsque l'on passe à une tranche d'âge plus élevée. Le taux d'augmentation est relativement constant sur l'ensemble des tranches allant de 25 à 59 ans, l'évolution s'établissant à 20 % par tranche de 10 années. Elle est légèrement plus marquée lors du passage de la tranche des « 50-59 ans » à celle des « 60-69 ans », puis, pour les 2 tranches supérieures, elle ralentit très sensiblement. Le taux d'effort a tendance à augmenter avec l'âge et on mesure clairement l'effet en année pleine des mesures de réévaluation des montants de l'ACS intervenues depuis 2009 :

Taux d'effort selon les tranches d'âges - Contrats couvrant une personne

	2010	2009
16-24 ans	1,5	2,4
25-29 ans	2,1	2,2
30-39 ans	2,9	2,8
40-49 ans	4,0	3,8
50-59 ans	3,5	4,5
60-69 ans	3,5	4,3
70-79 ans	4,8	5,8
80 ans et plus	5,5	6,5
Total	3,8	4,5

En termes de taux d'effort, la situation des plus âgés demeure la moins favorable compte tenu du niveau élevé de leurs primes.

1.3.4.3. Comparaison des niveaux de garantie

En ayant recours à la classification DREES, les contrats ACS montrent des niveaux de garanties nettement moins élevés que les autres contrats individuels dans leur ensemble :

Répartition des contrats par classes de garanties

En % des personnes couvertes

	Contrats ACS 2010	Contrats individuels (DREES 2008)	Contrats ACS 2009	Contrats individuels (DREES 2007)
Classe A	0,8	4,3	0,7	4,3
Classe B	10,1	40,6	10,7	36,9
Classe C	49,3	45,0	50,7	47,4
Classe D	39,9	10,1	37,9	11,4
TOTAL	100	100	100	100

¹⁶ Le seul connu dans l'enquête ; pour apprécier l'effet de l'âge sur le prix des contrats, on s'intéresse donc uniquement aux contrats couvrant une seule personne

Ce niveau de couverture est croissant en allant de D à A :

- D : plus faible niveau de couverture
- A : plus fort niveau de couverture

La différence est particulièrement marquée sur la classe B (+ 30,5 points pour les contrats individuels DREES) et la classe D (+ 29,8 points pour les contrats ACS). Cette différence est d'ailleurs sensiblement amplifiée par rapport à l'enquête 2009 (respectivement + 26,2 points et + 21,5 points). Elle traduit pour les bénéficiaires de l'ACS un déplacement vers des contrats de plus faible niveau de garantie.

1.3.5. Données comparatives par département entre ACS et CMU-C

1) Données comparatives par département entre ACS et CMU-C

Sur la base des chiffres transmis mensuellement par le régime général sur le nombre de bénéficiaires d'attestations de l'ACS (92 % de la délivrance totale d'attestations ACS), une comparaison a été effectuée par rapport au nombre de bénéficiaires de la CMU-C en 2010, selon les départements, à partir du ratio suivants :

nombre de bénéficiaires d'attestations ACS (délivrance régime général) / nombre de bénéficiaires CMU-C (délivrance par tous régimes).

Il est en effet logique de considérer, vue la proximité des tranches de revenus entre les deux dispositifs, qu'un fort « niveau » de CMU-C par rapport à une moyenne doit correspondre au même constat sur l'ACS (et inversement si le taux est faible).

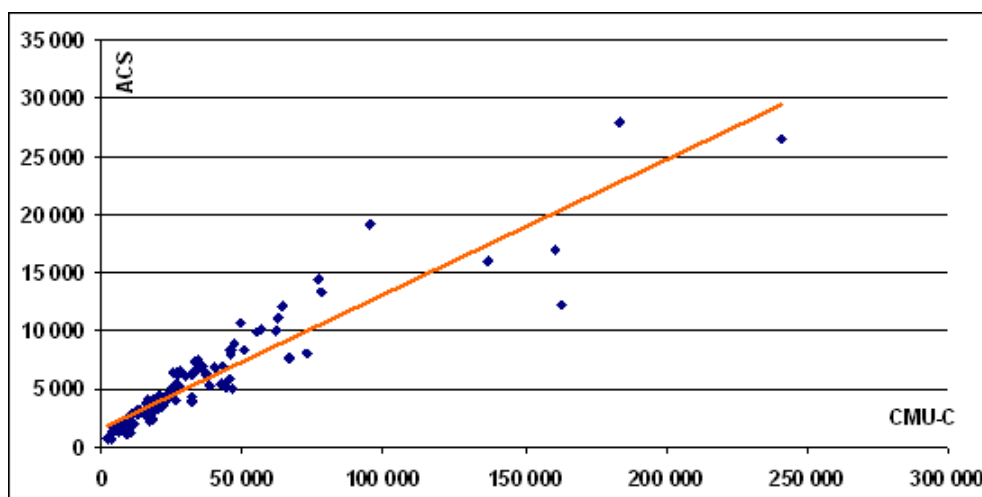
Aussi, les situations où le pourcentage (nombre de bénéficiaires ACS / nombre de bénéficiaires CMU-C) ressort le plus faible comparativement à la moyenne, méritent d'être examinées avec attention.

Des résultats très homogènes dans l'ensemble

- Les résultats en métropole

Le classement à partir du ratio étudié conduit à des résultats très homogènes ; le coefficient de corrélation ressort en effet très élevé (0,933) :

Total effectifs ACS/Total effectifs CMU-C par département, métropole, 2010



Source : CNAMTS

Le taux moyen s'établit à 19,0 % et la médiane à hauteur de 18,9 %.

Une situation ressort atypique : la Seine-Saint-Denis avec un pourcentage de 7,5 % (96^{ème} et dernière dans le classement). Le nombre de bénéficiaires de l'ACS y apparaît donc particulièrement faible au regard de la population CMU-C départementale.

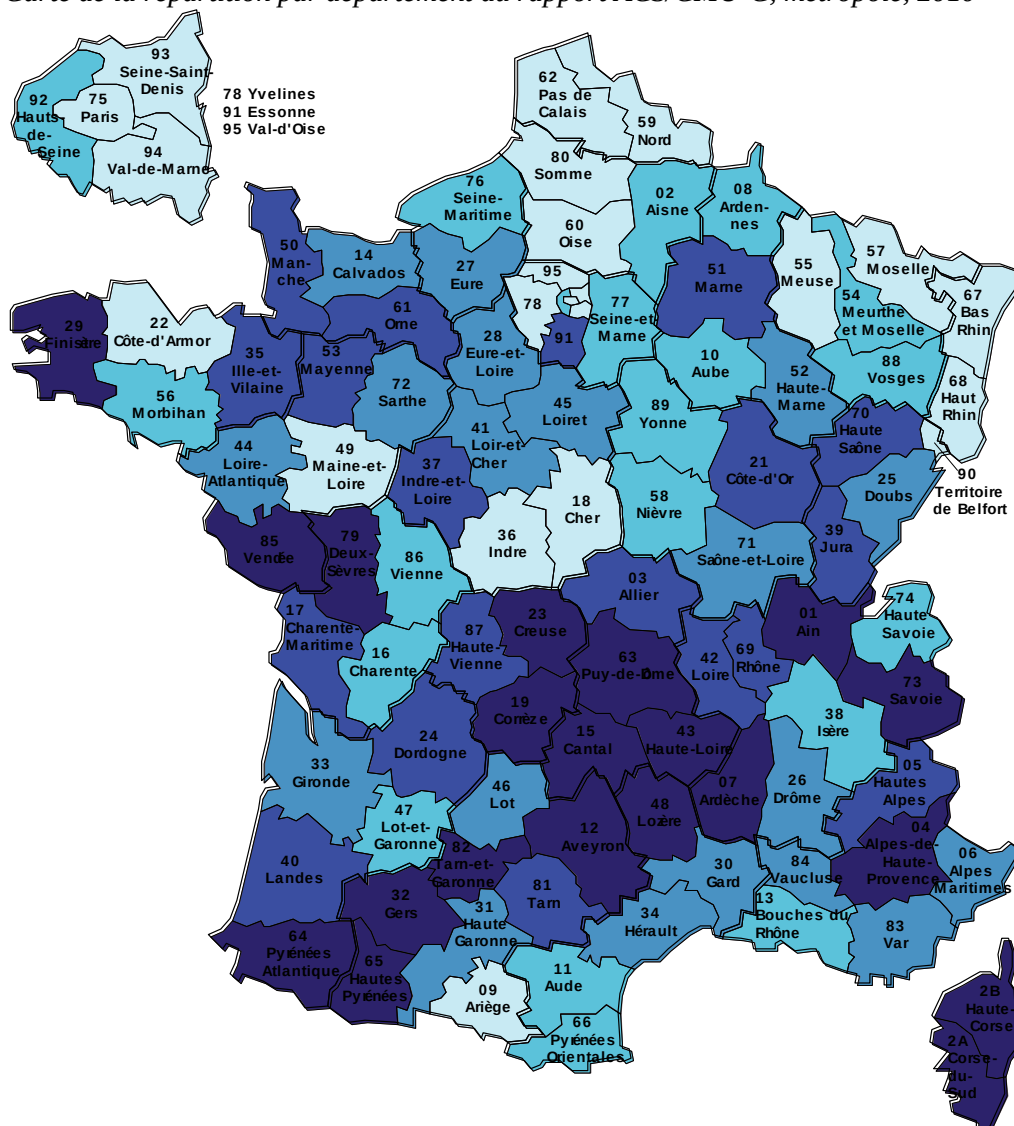
En dehors de cette situation, la répartition des départements selon le rapport ACS/CMU-C se distribue de manière régulière par paliers, entre 10,6 % et 37,2 %.

Répartition par département du rapport ACS/CMU-C, métropole, 2010

Couleur	Rapport ACS/CMU-C				Nb Départements	Effectifs CMU-C	Effectifs ACS
	>=	7,5%	<	15,1%	19	1 196 800	132 111
	>=	15,1%	<	17,8%	19	754 014	122 069
	>=	17,8%	<	20,1%	19	686 587	128 426
	>=	20,1%	<	23,4%	19	468 798	98 844
	>=	23,4%	<=	37,2%	20	230 793	57 574
					96	3 336 991	539 024

Source : CNAMTS

Carte de la répartition par département du rapport ACS/CMU-C, métropole, 2010



Source : CNAMTS, Outil : Philcarto

- Les résultats dans les départements d'Outre-mer

S'agissant des Dom, le rapport ACS/CMU-C se situe bien en deçà de la moyenne constatée en Métropole soit 8,1 %.

Rapport ACS/CMU-C, par département, Dom, 2010

Num_Dpt	Département	Population	Pourcent CMUC_OC	Total_CMUC	Total_ACS	ACS_Sur_ CMUC	CMUC_Popul ation	ACS_Populat ion
971	Guadeloupe	408 299	48,3%	94 218	5 895	6,3%	23,1%	1,4%
972	Martinique	403 795	18,7%	107 876	9 003	8,3%	26,7%	2,2%
973	Guyane	221 178	0,2%	73 044	1 105	1,5%	33,0%	0,5%
974	La-Reunion	817 001	0,0%	269 552	27 962	10,4%	33,0%	3,4%
Total Dom		1 850 273	12,1%	544 691	43 965	8,1%	29,4%	2,4%

Source : CNAMTS

Dans le détail, il s'établit à 1,5 % pour la Guyane, 6,3 % pour la Guadeloupe, 8,3 % pour la Martinique et 10,4 % pour la Réunion.

Pourtant, les taux d'ACS par rapport à la population ressortent plus élevés que la moyenne nationale (à l'exception de la Guyane) : 2,4 % contre 0,9 % en moyenne.

Pour ces départements, on rappellera que les taux de CMU-C par rapport à la population se situent entre 22 % et 33 %, et sont de loin les plus élevés.

On constate donc au niveau du rapport ACS/CMU-C un effet d'écrasement de l'ACS par la CMU-C qui domine largement. Ce n'est pas forcément illogique, car on est en présence d'une population très pauvre, donc la CMU-C l'emporte largement.

2) Des départements importants comptent parmi ceux qui révèlent un faible rapport ACS/CMU-C

Pour la métropole, il est intéressant de mettre en évidence la liste des 10 départements ayant les taux de ratio bénéficiaires ACS/bénéficiaires CMU-C les plus élevés par rapport à celle des 10 ayant les taux les moins élevés.

Rapport ACS/CMU-C, les dix taux les plus élevés, métropole, 2010

Num_Dpt	Département	Total_CMUC	Pourcent_CMUC_OC	Total_ACS	ACS_Sur_CMUC	Rang_ACS_Sur_CMUC	Population	CMUC_Population	ACS_Population
201	Corse-du-Sud	4 425	11,9%	1 646	37,2%	1	143 386	3,1%	1,1%
15	Cantal	4 005	13,1%	1 261	31,5%	2	154 824	2,6%	0,8%
48	Lozère	2 349	10,6%	649	27,6%	3	81 083	2,9%	0,8%
12	Aveyron	8 463	16,5%	2 291	27,1%	4	287 535	2,9%	0,8%
73	Savoie	10 488	34,4%	2 819	26,9%	5	422 149	2,5%	0,7%
43	Haute-Loire	5 916	46,9%	1 566	26,5%	6	229 966	2,6%	0,7%
23	Creuse	5 812	18,7%	1 511	26,0%	7	128 799	4,5%	1,2%
04	Alpes-de-Haute-Provence	6 782	12,8%	1 762	26,0%	8	162 911	4,2%	1,1%
65	Hautes-Pyrénées	10 641	13,7%	2 727	25,6%	9	237 490	4,5%	1,1%
64	Pyrénées-Atlantiques	25 095	21,4%	6 431	25,6%	10	668 467	3,8%	1,0%
Somme		83 976		22 663			2 516 610		
Pourcent Total Métropole		2,5%		4,2%			4,0%		

Source : CNAMTS

Rapport ACS/CMU-C, les dix taux les moins élevés, métropole, 2010

Num_Dpt	Département	Total_CMUC	Pourcent_CMUC_OC	Total_ACS	ACS_Sur_CMUC	Rang_ACS_Sur_CMUC	Population	CMUC_Population	ACS_Population
93	Seine-Saint-Denis	162 690	4,5%	12 192	7,5%	96	1 518 225	10,7%	0,8%
75	Paris	160 707	6,3%	16 961	10,6%	95	2 233 818	7,2%	0,8%
78	Yvelines	46 542	16,8%	5 034	10,8%	94	1 432 114	3,2%	0,4%
59	Nord	240 818	9,0%	26 556	11,0%	93	2 606 369	9,2%	1,0%
94	Val-de-Marne	72 891	5,0%	8 097	11,1%	92	1 323 389	5,5%	0,6%
95	Val-d'Oise	66 312	1,6%	7 645	11,5%	91	1 181 322	5,6%	0,6%
67	Bas-Rhin	44 240	8,2%	5 134	11,6%	90	1 109 002	4,0%	0,5%
62	Pas-de-Calais	137 118	9,2%	15 934	11,6%	89	1 487 199	9,2%	1,1%
55	Meuse	10 418	28,8%	1 282	12,3%	88	200 437	5,2%	0,6%
68	Haut-Rhin	32 037	6,4%	3 953	12,3%	87	760 625	4,2%	0,5%
Somme		973 771		102 788			13 852 500		
Pourcent Total Métropole		29,2%		19,0%			21,8%		

Source : CNAMTS

Parmi les départements les moins bien placés figurent des départements de tailles sensiblement plus importantes que dans le classement de tête : les premiers représentent 21,8 % de la population de la métropole contre 4,0 % pour les mieux placés. Améliorer leur situation pourrait donc avoir un impact sur le résultat global.

Parmi les caisses posant question, on citera pour celles de plus grosses tailles, outre Bobigny, les caisses de :

Paris (10,6 %), les Yvelines (10,8 %), le Nord (11,0 %), le Val de Marne (11,1 %), le Val d'Oise (11,5 %) et le Pas-de-Calais (11,6 %).

Pour ces dernières, on soulignera cependant l'extrême 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. Le raisonnement tenu à propos des Dom pourrait être une autre explication : effet d'écrasement de l'ACS par la CMU-C qui domine largement du fait d'un contexte de pauvreté de la population concernée.

1.4. Une prise en charge modifiée compte tenu des évolutions réglementaires : la CMU de base

1.4.1. L'augmentation, puis la stabilisation des effectifs de la CMU de base

1.4.1.1. Un phénomène maîtrisé

En 2009, les effectifs de la CMU de base ont augmenté de 40 % en métropole et de 17 % dans les Dom. Cette évolution, comme nous le développerons dans la partie suivante, est contemporaine de la mise en application de la nouvelle condition d'attribution des droits de base, début 2009, réduisant de 4 ans à 1 an la période de maintien de droits. Fin 2010, les effectifs sont de 2 196 651 pour l'ensemble du territoire, soit 52,8 % de plus qu'à la fin de l'exercice 2008 en métropole et + 13,1 % dans les Dom. Fin 2010, la CMU de base concerne 3,9 % de la population en métropole et 16,3 % dans les Dom.

Sur le premier semestre 2011, on assiste à une légère baisse, qui pourrait s'expliquer non seulement par une meilleure exploitation des DADS dans les caisses, mais également par les travaux engagés par la CNAMTS sur le croisement des fichiers.

Cependant, de nouveaux épisodes d'augmentation des effectifs ne sont pas à exclure. En effet, les droits au régime général ont été prolongés automatiquement dans l'affiliation d'origine jusqu'à la fin de l'année 2012, pour les personnes dont la situation n'était toujours pas connue fin 2009. Il convient donc d'anticiper sur un stock de personnes dont les droits n'auront pas été étudiés. Mais les outils mis en place actuellement devraient permettre de contenir une inflation en-deçà de celle qui a été connue au moment de la mise en place des nouvelles dispositions réglementaires.

Évolution annuelle des effectifs de la CMU de base, décembre 2008 à décembre 2010

Mois	Métropole & Dom		Métropole		Dom	
2008 déc	1 506 699		1 240 550		266 149	
2009 déc	2 042 601	35,6%	1 731 205	39,6%	311 396	17,0%
2010 déc	2 196 651	7,5%	1 895 557	9,5%	301 094	-3,3%

Source : CNAMTS

Évolution semestrielle des effectifs de la CMU de base, décembre 2008 à juin 2011

Mois	Métropole & Dom		Métropole		Dom	
2008 déc	1 506 699		1 240 550		266 149	
2009 juin	1 833 882	21,7%	1 532 086	23,5%	301 796	13,4%
2009 déc	2 042 601	11,4%	1 731 205	13,0%	311 396	3,2%
2010 juin	2 150 957	5,3%	1 839 166	6,2%	311 791	0,1%
2010 déc	2 196 651	2,1%	1 895 557	3,1%	301 094	-3,4%
2011 juin	2 166 316	-1,4%	1 856 937	-2,0%	309 379	2,8%

Données estimées pour Juin 2011 – Source : CNAMTS

1.4.1.2. L'évolution des effectifs de la CMU de base par régime d'attribution

Le régime 806 (attribution de la CMU de base au titre du RSA socle, ex RMI) représente 1 423 641 bénéficiaires en métropole au 31 décembre 2010. Il a progressé de 68,9 % en deux ans. Fin 2008, il représentait 68 % des effectifs de la CMU de base, fin 2010, il en représente 75,2 %. La forte augmentation des effectifs de la CMU de base a donc été principalement portée par celle de son attribution aux allocataires du RSA.

Le régime 802 (attribution de la CMU de base sous critère de résidence sans cotisation) compte 408 826 assurés au 31 décembre 2010 et représente 21,3 % des effectifs de la CMU de base. Son augmentation de + 17,5 % en deux ans est certainement liée au changement des règles d'attribution des droits de base, mais son évolution n'est pas comparable à celle du régime 806.

Avec 50 137 assurés au 31 décembre 2010, le régime 801 (attribution de la CMU de base sous critère de résidence avec cotisation) totalise 9,8 % des effectifs de la CMU de base. Il a évolué de + 9,8 % de décembre 2008 à décembre 2010. La reprise des dossiers des assurés, lors de la mise en application des nouvelles règles d'attribution, n'a probablement pas mis en avant une forte proportion de situations à régulariser par ce statut.

Répartition des effectifs de la CMU de base par régime d'attribution, métropole, décembre 2008 à mars 2011

Mois/Régime	801	802	803	804	806	833	Total CMUB
2008 déc	45 671	347 805	2 836	1 199	842 992	47	1 240 550
2009 déc	52 694	425 222	7 106	5 352	1 240 796	35	1 731 205
2010 déc	50 137	408 826	3 796	9 154	1 423 641	3	1 895 557
2011 mars	50 446	407 218	6 445	9 838	1 433 444	2	1 907 393

Source : CNAMTS

Évolutions de la répartition des effectifs de la CMU de base par régime d'attribution, métropole

Mois/Régime	801	802	803	804	806	833	Total CMUB
2008 déc	3,7%	28,0%	0,2%	0,1%	68,0%	0,0%	100,0%
2009 déc	3,0%	24,6%	0,4%	0,3%	71,7%	0,0%	100,0%
2010 déc	2,6%	21,6%	0,2%	0,5%	75,1%	0,0%	100,0%
2011 mars	2,6%	21,3%	0,3%	0,5%	75,2%	0,0%	100,0%

Source : CNAMTS

Définitions des régimes d'attribution de la CMU de base

Code Régime	Définition régime
801	Critère de résidence avec cotisation
802	Critère de résidence sans cotisation
803	Critère de résidence sans cotisation, affiliation immédiate
804	Critère de résidence avec cotisation + risque AT
806	Critère de résidence sans cotisation assuré RMIste
833	Critère de résidence ex yougoslave majeur

1.4.1.3. La répartition des effectifs de la CMU de base par département

En métropole, 76 départements ont un taux de bénéficiaires de la CMU de base par rapport à la population inférieur à 3,4 %. Les 20 départements ayant un taux se situant entre 3,4 % et 6,3 % rassemblent 41 % des bénéficiaires de la CMU de base.

Répartition, par département, des pourcentages de bénéficiaires de la CMU de base par rapport à la population, en métropole, décembre 2010

	Pourcent 806 / Population	Nombre Bénéficiaires CMU-B	Pourcent Nb Bénéf CMU-B
>= 1,0% < 1,9%	19	123 661	6,9%
>= 1,9% < 2,3%	19	301 005	16,7%
>= 2,3% < 2,7%	19	259 004	14,4%
>= 2,7% < 3,4%	19	382 273	21,2%
>= 3,4% <= 6,3%	20	734 226	40,8%
	96	1 800 169	100,0%

Source : CNAMTS

Dans les départements d'Outre-mer, le pourcentage de bénéficiaires de la CMU de base varie entre 15 % et 19 %. La part du régime 806 y est prépondérante, sauf pour la Guyane, qui affiche par ailleurs un taux de bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 802 de 42 % par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de la CMU de base.

Répartition, par département d'Outre-mer, des bénéficiaires de la CMU de base par rapport à la population, décembre 2010

Num Dpt	Département	Total 806	Total CMU-B	Part 806	Population	Poucent CMUB / Pop
971	Guadeloupe	47 400	62 749	75,5%	408 299	15,4%
972	Martinique	63 541	74 325	85,5%	403 795	18,4%
973	Guyane	24 398	42 650	57,2%	221 178	19,3%
974	La-Reunion	109 011	121 370	89,8%	817 001	14,9%

Source : CNAMTS

En métropole, la proportion de bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 806 par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de la CMU de base, oscille entre 60 % et 90 % pour 89 départements, dont 46 se situent entre 70 % et 80 %.

Répartition, par département, des pourcentages de bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 806, par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de la CMU de base, en métropole, décembre 2010

Part 806 / CMU-B				Nb Dpt
< 60,0%				4
>=	60,0%	<	70,0%	21
>=	70,0%	<	80,0%	46
>=	80,0%	<	90,0%	24
> 90,0%				1
				96

Source : CNAMTS

Les quatre départements, dont la proportion de bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 806 est inférieure à 60 %, sont des départements à forte densité de travailleurs frontaliers, concernés par le régime 801. Ils ne totalisent par ailleurs, que de faibles taux de bénéficiaires de la CMU de base par rapport à la population. Le Haut-Rhin, avec 60,2 % relève de ces mêmes paramètres.

Départements de métropole à faible proportion de bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 806, métropole, décembre 2010

Num Dpt	Nom Dpt	Part 806 / CMU-B	Nombre Bénéficiaires CMU-B 806	Nombre Bénéficiaires CMU-B	Poucent CMUB / Pop
68	Haut-Rhin	60,2%	15 530	25 799	3,4%
25	Doubs	55,7%	7 900	14 187	2,6%
39	Jura	54,7%	2 137	3 910	1,4%
1	Ain	53,4%	4 810	9 005	1,5%
74	Haute-Savoie	38,1%	6 923	18 165	2,5%
			37 300	71 066	

Source : CNAMTS

1.4.2. La mise en œuvre et l'impact des nouvelles règles de gestion des droits

1.4.2.1. Le contexte réglementaire

En 2007, deux décrets modifient les règles de gestion des droits à l'Assurance Maladie, le premier modifie la durée d'ouverture des droits et celle du maintien de droits aux prestations de l'Assurance Maladie (décret 2007-199 du 14 février 2007), le second subordonne le bénéfice de certaines prestations à l'effectivité de la résidence en France (décret 2007-354 du 14 mars 2007).

Ces décrets s'inscrivent dans une volonté de la lutte contre les fraudes, en renforçant le contrôle de la résidence, pour identifier les assurés qui, ayant quitté le territoire n'ont plus droit à l'Assurance Maladie. En outre, la réduction du maintien de droit permet l'identification des personnes devant relever de la CMU de base et éventuellement y cotiser.

Au vu de la courbe d'évolution des effectifs de la CMU de base, il apparaît que l'augmentation du nombre de bénéficiaires est contemporaine de la parution de ces nouvelles dispositions.

1) La réduction de la durée d'ouverture des droits

Le décret du 14 février 2007 modifiant l'article R.312-2 du code de la sécurité sociale réduit à un an, au lieu de deux, la durée durant laquelle l'assuré qui justifie satisfaire aux conditions des articles L.313-1 et R.313-2 du code de la sécurité sociale (conditions minimales d'activité permettant l'ouverture de droits à l'Assurance Maladie) bénéficie des droits à l'Assurance Maladie.

En outre, cet article met fin à la notion de droits fermes, les droits sont interrompus dès que l'activité ouvrant droit à la couverture prend fin. Le maintien de droits débute dès le lendemain du jour de la perte de la qualité d'assuré social.

2) La réduction du maintien de droits

Le décret du 14 mars 2007, fixe à un an, au lieu de quatre antérieurement (s'agissant des prestations en nature), la durée du maintien de droits pour les personnes ne remplissant plus les conditions requises pour bénéficier des prestations d'un régime obligatoire d'assurance maladie, cette durée est désormais identique pour les prestations en nature et les prestations en espèces.

1.4.2.2. La mise en œuvre des nouvelles règles de gestion des droits par les régimes obligatoires

La réduction de la durée d'ouverture des droits et de la durée du maintien de droits a nécessité une réorganisation au sein des caisses d'assurance maladie. La charge de travail a été double, car la réduction de la durée des droits a impliqué une vérification plus fréquente des droits, et une augmentation des prises en charge des fins de maintien de droits, pour lesquelles de surcroît, les caisses doivent vérifier le respect de la condition de résidence (article R.115-6 du code de la sécurité sociale créé par le décret du 14 mars 2007).

Pratiquement, la réduction de la durée du maintien de droits a considérablement augmenté la masse des dossiers à régulariser. Les caisses du régime agricole et du régime des indépendants sont en outre confrontées à la difficulté de gérer des assurés en fin de maintien de droits qui ne procèdent pas à leur affiliation à la CMU de base.

Or, en application de l'article L.161-15-2 : « *Si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui, il les garde à sa charge jusqu'à cette date* ».

1) La gestion des fins de maintien de droit par la CNAMTS

La CNAMTS a diffusé une lettre réseau (LR-DDO-210/2008) explicitant notamment les conséquences et les modalités d'application des dispositions du décret n° 2007-1999.

Il n'y a pas eu d'envoi systématique, ni au niveau local, ni au niveau national, d'un courrier informant l'assuré de la fin de son maintien de droit. Toutefois, dans le cadre d'une campagne « d'anticipation de fin de droits » destinés aux assurés de moins de 60 ans, aux ayants-droit non enfant et aux ayants-droits enfants, trois courriers peuvent être envoyés via ESOPE.

Il s'avère qu'à fin septembre 2009, la CNAMTS a dû faire face à l'échéance des droits de près de 7 millions de personnes (dont 3,6 millions d'assurés). Après validation du ministère de la santé, compte tenu du caractère exceptionnel de la situation, afin de faciliter la gestion des prestations, les droits arrivés à échéance au 31 décembre 2009 ont été prorogés jusqu'à fin décembre 2012. La CNAMTS rappelle que l'évolution des effectifs de la CMU de base a donc certainement été moindre que ce qu'elle aurait pu être en l'absence de cette prorogation des droits.

2) La gestion des fins de maintien de droit par la CCMSA

La CCMSA a mis en place une procédure permettant d'interroger les assurés sociaux trois mois avant la date de fin de période de maintien de droits afin de les inciter à effectuer les démarches nécessaires auprès de la CPAM pour être affilié à la CMU de base.

Si l'assuré n'a pas retrouvé une qualité d'assuré, d'ayant droit ou titulaire d'un avantage social à la fin de son maintien de droit, la CCMSA ferme les droits de l'intéressé dans son système d'information.

Toutefois pour permettre d'honorer les feuilles de soins de l'intéressé, la CCMSA procède au remboursement avec une ouverture de droits ponctuelle mais ne déclenche pas l'envoi d'une carte vitale.

3) La gestion des fins de maintien de droit par le RSI

Deux mois avant l'échéance du maintien de droit, les caisses régionales du RSI adressent une lettre invitant les assurés concernés à communiquer les éléments nécessaires à l'actualisation de leur situation, et, le cas échéant, à se rapprocher de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) afin d'effectuer une demande d'affiliation à la CMU de base. A défaut de réponse, une relance est adressée cinq mois après le premier courrier. La CPAM est tenue informée de la situation. Il apparaît que peu d'assurés donnent suite à ces courriers.

De ce fait, le RSI ne peut fermer les droits et, le cas échéant, continue à prendre en charge les prestations d'assurés et d'ayants droit dont la situation au regard du rattachement à un régime d'assurance maladie n'est pas établie. Les dispositions de l'article L.161-15-2 du code de la sécurité sociale n'étant en outre pas limitées dans le temps, les caisses sont amenées à servir des prestations parfois plusieurs mois, voire années, au-delà du terme du maintien de droit d'un an.

Dans certains cas, l'information du rattachement effectif de l'assuré à un autre régime d'assurance maladie parvient au RSI via le Répertoire national inter régimes des bénéficiaires de l'Assurance Maladie (RNIAM). La caisse RSI ferme alors les droits dans son système d'information.

Dans la majorité des cas le RSI ne dispose d'aucune information et, en application des dispositions législatives et réglementaires précitées, ne peut fermer les droits aux prestations.

Par ailleurs, les intéressés disposent d'une carte vitale véhiculant des droits à l'Assurance Maladie. En effet, le fait de ne pouvoir fermer les droits implique l'obligation de les traduire dans la carte vitale en application des dispositions des articles L.161-31 et R.161-33-1, 2°, b) du code de la sécurité sociale.

Selon le RSI, le fait de disposer d'une carte vitale et de continuer à percevoir normalement les prestations explique probablement en partie l'inertie des personnes concernées. Le RSI évoque également l'éventualité que, dans une moindre mesure, certains peuvent vouloir échapper à la cotisation prévue par l'article L.380-2 du code de la sécurité sociale, qui est due au titre de la CMU de base lorsque les ressources dépassent le plafond fixé par l'article D.380-4 du code de la sécurité sociale.

Proposition : Mettre en place des procédures inter-régimes permettant de faciliter la prise en charge par l'Assurance Maladie, au titre de la CMU de base, des assurés et ayants droits arrivant en situation de fin de maintien de droits dans un autre régime d'assurance maladie et pour lesquels la situation de rattachement n'a pu être établie en dépit des recherches effectuées pour rétablir leur situation.

4) Les conséquences sur l'attribution des droits CMU-C/ACS

Les caisses du régime agricole et du régime social des indépendants, sont amenées à recevoir des demandes de CMU-C ou d'Aide complémentaire santé, de ressortissants dont la durée du maintien des droits est arrivée à son terme. Comme nous avons pu le voir précédemment, les deux régimes traitent différemment les fins de maintien de droit, il en est de même s'agissant des demandes de CMU-C/ACS des assurés en fin de maintien de droits.

Les caisses de la CCMSA n'instruisent pas les demandes de CMU-C déposées par un assuré qui a épuisé ses droits au titre du maintien de droits. La caisse l'invite à déposer sa demande de CMU-C accompagnée d'une demande de CMU de base auprès de la CPAM de son lieu de résidence.

Les demandes de CMU-C ou d'ACS déposées auprès d'une caisse du RSI par un assuré ayant épuisé son maintien de droit sont régulièrement instruites dès lors que la caisse n'est pas en mesure d'établir que l'assuré relève d'un autre régime obligatoire. En cas d'attribution de la CMU-C ou de l'ACS, les droits sont ouverts.

ENCADRÉ 3 :

Les études menées pour améliorer la connaissance sur le dispositif de la CMU de base

Le Fonds CMU s'est intéressé à la typologie des personnes affiliées à la CMU de base.

Les assurés affiliés à l'Assurance Maladie au titre de la CMU de base, sont rattachés, en fonction de leur situation, à un régime identifié par un code. Ainsi, on identifie : le régime 801 concernant les bénéficiaires de la CMU de base soumis au paiement d'une cotisation, le régime 802 pour les bénéficiaires non soumis au paiement d'une cotisation, le régime 803, régime provisoire concernant les personnes affiliées immédiatement sans cotisation, le régime 806 concernant les assurés bénéficiaires du RSA socle.

Le Fonds CMU a concentré son étude sur les personnes affiliées au régime 801 (CMU de base avec cotisation), au régime 802 (CMU de base sans cotisation) et au régime 806 (bénéficiaires du RSA socle).

Trois CPAM ont été interrogées au cours de l'année 2011 dans le cadre du rapport d'évaluation, la CPAM de la Seine-Saint-Denis, celle des Bouches-des-Rhône et la CPAM de l'Ain. Cette dernière a spécifiquement été interrogée sur le sujet en raison de sa situation géographique, département frontalier de la Suisse, plus enclin à accueillir des travailleurs frontaliers affiliés au régime 801 de la CMU de base.

De l'analyse d'un échantillon d'assurés, constitué à partir de la liste des personnes n'ayant pas communiqué les éléments nécessaires au calcul de leur contribution, il ressort que :

- au sein du régime 801 : 90 % sont des travailleurs frontaliers suisses, les 10 % restant recouvrent des pensionnés ou bénéficiaires de revenus divers (fonciers notamment....)

- au sein du régime 802 : 36 % sont des personnes à faibles ressources exerçant une activité insuffisante pour s'ouvrir des droits au régime général, 13 % sont demandeurs d'asile, 11 % sont des enfants placés dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance, 10 % sont bénéficiaires de l'Allocation Vieillesse Suisse, 4 % sont des étudiants, le reste représentant des situations diverses.

Par ailleurs, la CPAM de l'Ain a fourni les éléments en sa possession sur la durée d'affiliation moyenne à la CMU de base et le régime de destination des sortants de la CMU de base.

Régime 806 :

A la sortie de la CMU de base, 42 % ont été affiliés au régime des salariés, 8 % au régime des retraités, 5% au titre de l'AAH, 4 % au régime de la CMU de base sans contribution (régime 802). Pour 33 %, le régime de sortie n'a pu être déterminé (il peut s'agir d'une affiliation en tant qu'ayants-droits, d'une mutation inter régime, ou d'un changement de département).

Régime 802 :

A la sortie de la CMU de base, 22 % ont été affiliés au régime des salariés, 12 % au régime de la CMU de base avec contribution (régime 801), 10 % au régime 806 (bénéficiaires RSA socle), 4 % au régime des demandeurs d'emploi (régime 90), 2 % au régime des retraités. Pour 44 % le régime de sortie n'a pu être déterminé.

Régime 801 :

A la sortie de la CMU de base, 25 % ont été affiliés au régime des salariés, 25 % au régime de la CMU de base sans contribution (régime 802), 13 % au régime des retraités, 3 % au régime des demandeurs d'emploi (régime 90), 2 % au régime 806 de la CMU de base (bénéficiaires du RSA socle). Pour 25 % le régime de sortie n'a pu être déterminé.

Durée moyenne d'affiliation à la CMU de base sur un échantillon d'assurés :

CPAM de Seine-Saint-Denis

	Durée moyenne d'affiliation
Régime 801	5 ans
Régime 802	8 ans
Régime 806	8 ans

Source : CPAM de la Seine-Saint-Denis

CPAM de l'Ain

	Durée moyenne d'affiliation
Régime 801	4 ans
Régime 802	6 ans
Régime 806	3 ans

Source : CPAM de l'Ain

La CPAM des Bouches-du-Rhône a fourni des éléments sur le régime de destination des 4 357 ex-bénéficiaires de la CMU de base au cours des 10 dernières années.

Il ressort que : 1 444 ne sont plus affiliés à la CPAM des Bouches-du-Rhône

Les autres assurés sont affiliés selon la répartition suivante :

	Répartition des régimes %
Régime 101 (salariés non agricoles)	62,92
Régime 095 (AME)	14,45
Régime 090 (demandeurs d'emploi)	2,71
Régime 110 (pensionnés vieillesse)	6,87
Régime 180 (AAH et droits AT)	4,98
Régimes 560,130,120 (Inaptitude, GIG, aveugles, sapeurs-pompiers invalides, invalidité)	2,51
Régime 656 (Détenus)	3,09
Régime 669 (ex-API)	0,79
Autres régimes	1,68

Source : CPAM des Bouches-du-Rhône

1.4.3. L'application du caractère obligatoire et subsidiaire de la CMU de base

Conformément aux dispositions de la loi instituant la CMU, la CMU de base permet une affiliation au régime général à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, ne pouvant être affiliée à l'Assurance Maladie à un autre titre.

Elle présente donc un caractère subsidiaire c'est-à-dire que l'affiliation à ce régime n'intervient qu'en l'absence de tout autre droit ouvert à un régime d'assurance maladie.

Par ailleurs, la CMU de base revêt un caractère obligatoire dès lors que les conditions requises sont réunies.

1.4.3.1. Le contrôle du caractère obligatoire

L'affiliation est immédiate dès lors que la personne a déclaré résider sur le territoire français de façon stable et régulière et ne pas bénéficier des prestations en nature de l'Assurance Maladie (article L.161-2-1 alinéa 1 du code de la sécurité sociale).

Le caractère obligatoire de la CMU de base emporte plusieurs conséquences :

- l'article 18 de la loi CMU prévoit la résiliation de plein droit, à compter de la date à laquelle le contractant est affilié au régime général au titre de la CMU de base, des contrats d'assurance portant sur les risques couverts par la CMU de base.

En outre, la loi prévoit le remboursement à l'assuré des cotisations ou primes perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir ;

- l'article R.380-2 prévoit l'affiliation obligatoire au régime général, et le cas échéant d'office, pour les personnes remplissant les conditions requises par l'article L.380-1. Cette affiliation est effectuée par la CPAM de la circonscription dans laquelle l'assuré a sa résidence habituelle, mais elle peut également l'être provisoirement par la caisse qui a reçu la demande, puis transmise à la caisse compétente.

ENCADRÉ 4 :

Le cas particulier du droit d'option des travailleurs frontaliers

La situation des travailleurs frontaliers suisses, et des pensionnés suisses résidant en France est régie par l'article L 380-3-1 du Code de la sécurité sociale. Par principe, les ressortissants des Etats membres qui travaillent en Suisse ou sont titulaires d'une pension ou rente suisse, sont affiliés au régime fédéral suisse d'assurance maladie.

Toutefois, un droit d'option existe et leur permet d'être exemptés de l'affiliation au régime suisse d'assurance maladie.

Ainsi, le travailleur frontalier peut, soit être affilié au régime suisse, soit en demander l'exemption. Dans cette hypothèse, le choix est ouvert entre une affiliation à la CMU de base ou la souscription d'une assurance privée.

Concrètement, il est très difficile pour la CNAMTS ou les CPAM de connaître le nombre de personnes qui devraient être affiliées à la CMU de base et soumises au paiement d'une cotisation (exemple : personne en situation régulière résidant en France et assurée auprès d'un organisme complémentaire étranger). Au moment de la mise en place de la CMU de base, il semblerait qu'un certain nombre d'assurés personnels n'aient pas choisi la CMU de base.

En outre, certaines caisses sont sollicitées téléphoniquement sur le coût de la CMU de base, par des personnes dont on peut supposer qu'elles disposent de ressources suffisantes pour être assujetties au paiement de la cotisation. Toutefois, compte tenu des conséquences pénales auxquelles ils s'exposent, il est peu probable que les organismes complémentaires localisés en France proposent d'assurer au premier euro des personnes pouvant relever de la CMU de base. Cette hypothèse semble être confirmée au regard des prestations proposées sur les sites internet de plusieurs compagnies d'assurance.

Interrogée sur la question du respect du caractère obligatoire de la CMU de base, la Délégation nationale de lutte contre la fraude, a indiqué que depuis 2006, la DGFIP a la possibilité de signaler aux CPAM l'identité des personnes rentières qui n'ont pas d'activité leur permettant de s'ouvrir des droits à l'Assurance Maladie et dont les revenus sont supérieurs au plafond d'exonération de cotisation à la CMU de base. Selon la DGFIP il y aurait 60 000 foyers fiscaux dans cette situation.

Proposition : Mettre en place des échanges entre la CNAMTS et la DGFIP afin que soient communiqués à l'Assurance Maladie les noms des personnes sans activité ayant des revenus supérieurs au plafond d'exonération de cotisation à la CMU de base.

1.4.3.2. Le respect du caractère subsidiaire

L'article 380-1 du code de la sécurité sociale dispose que toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité. L'affiliation à la CMU de base implique donc la recherche préalable de droits à l'Assurance Maladie. Les droits à l'Assurance Maladie peuvent être obtenus au titre d'une activité professionnelle, de la perception d'une prestation, en tant qu'ayant-droit ou au titre d'un maintien de droits.

L'augmentation sans précédent des effectifs des bénéficiaires de la CMU de base conduit nécessairement à s'interroger sur le respect du caractère subsidiaire de la CMU de base. Ce principe impose aux caisses d'assurance maladie de rechercher tous les droits potentiels avant d'affilier une personne à ce régime.

La CPAM va rechercher des droits à l'Assurance Maladie en France ou dans le pays d'origine, vérifier la présence d'une carte européenne d'assurance maladie.

Ainsi, via le logiciel EOPSS, les caisses obtiennent des renseignements sur la situation des demandeurs au regard de l'Assurance Maladie. Par le biais du logiciel PROGRES, elles procèdent à la recherche de conjoints, de la qualité d'ayant-droit. Pour l'ouverture des droits d'une personne de nationalité étrangère, l'outil RECITAL est utilisé afin de savoir si une convention existe entre le pays d'origine et la France.

En situation de besoins urgents de soins, toute personne qui s'adresse à un organisme d'assurance maladie, peut sur justification de sa résidence, bénéficier immédiatement des prestations en nature du régime général.

La caisse procède à une affiliation immédiate au régime 803 (régime provisoire) de la CMU de base pour trois mois, il en est de même si les conditions de régularité et de stabilité de séjour sont remplies mais que le dossier est incomplet, il y a alors une mise à échéance du dossier (à 14 jours), ce délai permettant de rechercher des droits.

L'observation de la courbe d'évolution des effectifs du RSA socle montre que cette dernière suit la courbe de l'évolution des effectifs de la CMU de base. Partant de cette constatation, le Fonds CMU a souhaité savoir à quel régime étaient affiliés les bénéficiaires du RSA socle, et plus particulièrement s'ils faisaient l'objet d'une affiliation systématique au régime 806 de la CMU de base.

Après en avoir échangé avec la CNAMTS et trois CPAM (Ain, Bouches du Rhône, Seine-Saint-Denis), il semble qu'il n'y a pas d'affiliation automatique à la CMU de base. L'affiliation des bénéficiaires du RSA socle à la CMU de base ne s'applique qu'à défaut d'une protection sociale à un autre titre.

La procédure est identique s'agissant de la recherche de droits des bénéficiaires de l'ex API (allocation parent isolé) devenue RSA socle majoré. Ces derniers sont affiliés au régime 806 de la CMU de base, à défaut de droits à l'Assurance Maladie à un autre titre.

La CNAMTS évoque une autre piste expliquant la hausse des effectifs de la CMU de base, celle de la situation des ressortissants communautaires bénéficiaires du RSA socle qui seraient affiliés automatiquement à la CMU de base, sans recherche exhaustive par la caisse de droits ouverts dans leur pays d'origine.

Sur ce sujet, la direction de la sécurité sociale, dans la circulaire DSS/DACI/2011/225 du 9 juin 2011 relative à la condition d'assurance maladie complète dont doivent justifier les ressortissants européens inactifs, les étudiants et les personnes à la recherche d'un emploi, au-delà de trois mois de résidence en France, rappelle que le bénéfice de la CMU de base ne peut être accordé à un ressortissant européen inactif, en France depuis moins de 5 ans, qui remplissait jusque là les conditions de séjour régulier, qu'après un examen attentif de sa situation. Cet examen implique la recherche de droits aux prestations en nature de l'Assurance Maladie-maternité acquis dans un autre État membre et dont l'intéressé pourrait continuer de bénéficier. En l'absence de droits aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie européen, la direction de la sécurité sociale rappelle que l'attribution de la CMU est soumise à un examen de la situation personnelle au cours duquel la caisse doit rechercher si les circonstances dans lesquelles la couverture maladie a été perdue répondent à la qualification d'accident de la vie susceptible de rendre recevable la demande de CMU de base.

Pour conclure, il convient de préciser que dans sa convention d'objectifs et de gestion pour 2010-2013, la CNAMTS s'engage à mieux détecter les situations susceptibles de conduire au paiement d'une cotisation par l'assuré au titre de son affiliation à la CMU de base.

2. REDUIRE LES INEGALITES DANS L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES DEMUNIES

2.1. Le renoncement aux soins et les retards aux soins

Le 20 septembre 2010, à la question « *Les conséquences de la crise économique vous ont-elles amené à renoncer ou à reporter des soins de santé tels que consultations médicales, examens, interventions chirurgicales, soins dentaires ou achats de médicaments ?* » le baromètre Cercle Santé Europ Assistance révélait que 23 % des français affirmaient l'avoir déjà fait et que 12 % pourraient être amenés à le faire.

Ce résultat, issu de 3 600 interviews réalisées auprès de résidents de 8 pays (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède, Pologne, Autriche, États-Unis : 400 personnes par pays et 800 pour les États-Unis) âgés de 18 ans et plus, présentait une augmentation de 12 points en un an.

Ce sondage avait interpellé la Ministre de la Santé et des Sports, Roselyne Bachelot, qui a alors demandé à la Drees et à la Direction de la Sécurité Sociale d'évaluer le phénomène de renoncement aux soins.

En parallèle du groupe de travail sur l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C initié depuis fin 2009 par la Direction de la sécurité sociale, un colloque présentant les travaux effectués sur la thématique du renoncement aux soins a été organisé le 22 novembre 2011.

Plusieurs études ont été réalisées sur le sujet. L'enquête ESPS (Enquête Santé et Protection sociale) 2008, rendue publique en 2010, propose une définition et une analyse du phénomène de renoncement aux soins, notamment en ce qui concerne les bénéficiaires de la CMU-C. Le Fonds CMU et le CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé) ont réalisé une enquête spécifique pour mieux comprendre les causes du renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C, d'autres enquêtes ont également été rendues publiques.

2.1.1. Définition et mesure du renoncement aux soins à travers l'enquête ESPS

L'enquête ESPS est réalisée depuis 1988 par l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé). Elle permet de recueillir des données sur l'état de santé, la couverture maladie et le recours aux soins de la population en fonction de ses caractéristiques sociales. En 2008, plus de 8 000 ménages et 22 000 individus ont été interrogés. Depuis 2006, un sur-échantillon de bénéficiaires de la CMU-C a été introduit dans l'enquête afin d'améliorer la précision des données sur cette population.

Partant de la définition générale selon laquelle le renoncement est l'action de cesser de rechercher ce à quoi on tenait, ou encore l'action d'abandonner un projet, l'IRDES définit le renoncement aux soins comme étant un besoin de soins non satisfait.

Le renoncement aux soins pour raisons financières résulte d'un coût jugé trop élevé pour celui qui aurait besoin de soins.

En 2008, 16,5 % de la population générale des 18-64 ans a déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Les soins les plus touchés sont les soins dentaires (10,7 %) devant la lunetterie (4,0 %).

L'âge, le sexe, l'état de santé et surtout le niveau de vie sont autant de facteurs qui influent sur le renoncement aux soins. On ne peut être qu'interpelé par le fait que, plus l'état de santé est mauvais et plus le risque de renoncer à des soins augmente. Par ailleurs, les personnes appartenant au quintile le plus pauvre ont trois fois plus de risques de devoir renoncer à des soins que celles du quintile le plus élevé.

La CMU-C ne permet pas de combler totalement l'écart entre ses bénéficiaires et les personnes ayant une complémentaire privée. Néanmoins, il est observé que ses bénéficiaires renoncent beaucoup moins souvent à des soins que les personnes n'ayant pas de complémentaire. Le taux de renoncement pour raisons financières est de 21,0 % pour les bénéficiaires de la CMU-C, 15,3 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée et de 30,4 % pour les personnes sans complémentaire.

En comparaison avec les personnes détentrices d'une complémentaire privée, le taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C a chuté plus fortement entre 2000 et 2002, très certainement en raison de la mise en place du dispositif. Depuis 2002, le taux de renoncement des bénéficiaires de la CMU-C ne cesse d'augmenter, s'inscrivant ainsi dans un phénomène de renoncement touchant l'ensemble de la population.

2.1.2. L'enquête du CETAF pour les bénéficiaires de la CMU-C

Le Fonds CMU et le CETAF ont mené une enquête sur non recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C, afin de dégager des pistes d'évolution pour faciliter leur accès aux soins.

Le CETAF transmet annuellement au Fonds CMU les indicateurs de satisfaction sanitaire concernant les bénéficiaires de la CMU-C : santé perçue, score EPICES, non recours au médecin et non recours au dentiste. Ces indicateurs sont intégrés dans le suivi de l'action 1 du programme 183 « protection maladie », concernant la garantie de l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources. Pour rappel, les consultants des CES (centres d'examen de santé) comprennent 13 % de bénéficiaires de la CMU-C alors que ces derniers ne comptent au total que pour 5,8 % de la population française. Les CES sont donc des lieux privilégiés de rencontre et d'observation des bénéficiaires de la CMU-C.

L'enquête sur le non recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C a été menée fin 2010 au sein de 20 CES, auprès de 4 500 bénéficiaires de la CMU-C, par auto questionnaire.

Les résultats de l'enquête révèlent que près de la moitié des bénéficiaires de la CMU-C a renoncé à au moins un soin aux cours des 12 mois précédant l'enquête. Plus d'un tiers des bénéficiaires a renoncé pour des raisons financières et presque un quart pour des raisons autres que financières.

Toutefois, le bénéfice de la CMU-C fait significativement régresser le non recours aux soins. On note une différence de plus de 13 points entre le taux de non recours pour raisons financières pour les personnes bénéficiant de la CMU-C depuis moins d'un an et pour celles qui en bénéficient depuis plus d'un an.

Par ailleurs, plus des deux tiers des non recours pour raisons financières sont décidés avant même d'avoir consulté le professionnel de santé.

Les soins ou produits non remboursés et la demande d'une participation financière sont les principaux motifs de non recours. Ils concernent essentiellement le dentaire (soins et prothèses), puis les médicaments, l'optique et les consultations de spécialistes.

Les non recours pour raisons financières concernant les enfants, portent sur les médicaments et l'orthodontie.

Une population enquêtée représentative des bénéficiaires de la CMU-C

Entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2010, 4 589 questionnaires ont été renseignés par des bénéficiaires majeurs de la CMU-C, consultant dans 20 CES sollicités en concertation avec la CNAMTS. Des tests de passation avaient préalablement été menés par un groupe d'étudiants de la 48^{ème} promotion de l'EN3S.

Dans les questionnaires renseignés, il a y eu peu de données manquantes et les personnes interrogées n'ont pas rencontré de difficultés pour répondre aux questions.

L'âge moyen des personnes enquêtées est de 38,7 ans. 52,5 % des personnes sont des femmes. 62,5 % des personnes sont bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an et 30,7 % depuis moins d'un an.

Les caractéristiques démographiques de la population enquêtée sont très proches de celles de la population cible en termes de répartition par âge, par sexe (51,9 % de femmes contre 57,1 % chez les 20 ans ou plus) et de durée d'acquisition de la CMU-C (30,7 % ont déclaré avoir la CMU-C depuis moins d'un an contre 39,6 % de nouveaux bénéficiaires en 2010).

Les caractéristiques de santé perçue, de non recours au médecin et au dentiste au cours des deux dernières années sont très similaires à celles observées dans la population des bénéficiaires de la CMU-C reçue en 2009 dans l'ensemble des CES.

Caractéristiques socio-économiques de la population âgée de 18 ans ou plus (n=4510)

	Effectifs	%
Age		
18-19 ans	206	4,6%
20-29 ans	1 220	27,1%
30-39 ans	1 011	22,4%
40-49 ans	967	21,4%
50-59 ans	813	18,0%
60-69 ans	265	5,9%
70-79 ans	25	0,6%
80 ans ou plus	3	0,1%
Sexe		
Hommes	2 140	47,5%
Femmes	2 365	52,5%
manquant	5	/
Situation professionnelle		
Salarié	648	15,3%
Etudiant	225	5,3%
En formation	418	9,9%
Retraité	172	4,1%
Demandeur d'emploi	2 060	48,6%
Autres	717	16,9%
manquant	270	/
Santé perçue		
Perception négative de la santé (note <7)	1 908	43,1%
Perception bonne à moyenne (note >7)	2 522	56,9%
manquant	80	/
Consultation chez le médecin au cours des 2 dernières années		
Absence	358	8,0%
Au moins une	4 107	92,0%
manquant	45	/
Consultation chez le dentiste au cours des 2 dernières années		
Absence	1 272	28,4%
Au moins une	3 205	71,6%
manquant	33	/
Suivi gynécologique		
Pas de suivi régulier	1 152	49,3%
Suivi régulier	1 184	50,7%
manquant	29	/
Bénéficiaire de la CMUC		
Moins d'un an	1 312	30,7%
Un an ou plus	2 674	62,5%
Ne sait pas	290	6,8%
manquant	234	/

Pour comparaison avec les données 2009-Indicateur de satisfaction sanitaire : Perception négative de la santé, 46,3 %. Non recours médecin, 9,1 %. Non recours dentiste 29,3 %

Plus d'un tiers des bénéficiaires de la CMU-C n'a pas eu recours à des soins pour des raisons financières, mais le bénéfice de la CMU-C fait objectivement reculer le non recours aux soins

Sur l'ensemble de la population, 36,6 % des personnes déclarent avoir ne pas avoir eu recours à des soins pour des raisons financières. Mais, dans le détail, ceci concerne 32,1 % des bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an et 45,5 % des bénéficiaires depuis moins d'un an.

Non recours pour raisons financières selon acquisition de la CMU-C

Acquisition CMUC	Oui	Non	Non renseigné	% non recours
Tous	1 629	2 827	54	36,6%
Moins d'un an	591	708	13	45,5%
Un an ou plus	851	1 797	26	32,1%
Ne sait pas	89	197	4	31,1%
Donnée non renseignée	98	125	11	43,9%

Le non recours pour raisons financières se produit le plus souvent avant même d'avoir consulté

Un quart (25,7 %) de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C ayant participé à cette enquête, a déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières, pour au moins un soin, avant d'avoir consulté un professionnel de santé.

Part des bénéficiaires ayant renoncé avant de consulter pour raisons financières pour au moins un soin et selon acquisition CMU-C¹⁷

Acquisition CMUC	Effectif	%
Tous (n=4456)	1145	25,7%
Moins d'un an (n=1299)	454	34,9%
Un an ou plus (n=2648)	554	20,9%

Ces renoncements a priori concernent les deux tiers (66,2 %) des renoncements pour raisons financières.

¹⁷ n= correspond aux nombres de personnes ayant répondu à la question.

Non recours avant ou après consultation – Population totale

	Répartition parmi ceux qui ont répondu avoir renoncé au soin considéré, %				Répartition dans l'ensemble de l'échantillon, % – n=4456			
	Avant d'avoir consulté	Après avoir consulté	Les deux	L'un ou l'autre	Avant d'avoir consulté	Après avoir consulté	Les deux	L'un ou l'autre
Généralistes	74,9%	24,2%	0,9%	0,0%	7,0%	2,3%	0,1%	0,0%
Spécialistes	72,8%	23,8%	1,0%	2,3%	9,8%	3,2%	0,1%	0,3%
Soins dentaires	70,3%	28,4%	1,4%	0,0%	11,4%	4,6%	0,2%	0,0%
Prothèses dentaires	56,4%	41,5%	2,0%	0,1%	8,7%	6,4%	0,3%	0,0%
Lunettes	70,5%	28,6%	0,8%	0,2%	10,1%	4,1%	0,1%	0,0%
Prothèse auditive	67,8%	32,2%	0,0%	0,0%	2,6%	1,2%	0,0%	0,0%
Laboratoire	69,0%	30,7%	0,3%	0,0%	4,7%	2,1%	0,0%	0,0%
Radios	69,7%	29,7%	0,7%	0,0%	4,6%	2,0%	0,0%	0,0%
Chirurgie	64,5%	33,4%	1,4%	0,7%	4,1%	2,2%	0,1%	0,0%
Médicaments non remboursables	56,4%	41,7%	1,9%	0,0%	7,8%	5,8%	0,3%	0,0%
Médicaments remboursables	58,7%	40,6%	0,7%	0,0%	3,9%	2,7%	0,0%	0,0%
Tous soins	66,2%	32,3%	1,2%	0,4%				

Les soins ou produits non remboursés et la demande d'une participation financière constituent les principaux obstacles financiers

Les obstacles financiers les plus fréquemment cités sont : « les soins, traitements, médicaments envisagés ne sont pas remboursés » et « le professionnel de santé a demandé une participation financière en plus du montant pris en charge par la CMU-C », respectivement pour 47 % et 22 % des personnes qui ont déclaré avoir renoncé pour des raisons financières. Par ailleurs, la méconnaissance des droits (« ce que la CMU-C allait prendre en charge ») est un des obstacles exprimés par près de 20 % des bénéficiaires de la CMU-C qui ont renoncé pour des raisons financières.

Obstacles financiers pour accéder aux soins selon acquisition CMU-C

	Tous – n=1629		Moins d'un an – n=591		Un an et plus – n=851	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Soins, traitements.. non remboursés	765	47,0%	273	46,2%	421	49,5%
Refus tiers payant	198	12,2%	63	10,7%	115	13,5%
Participation financière demandée	363	22,3%	114	19,3%	211	24,8%
Ne pas oser demander tarif CMUC	183	11,2%	79	13,4%	83	9,8%
Ne savait pas la prise en charge CMUC	323	19,8%	146	24,7%	140	16,5%
Frais de transport	102	6,3%	34	5,8%	51	6,0%
Frais de garde	77	4,7%	28	4,7%	37	4,3%
Pb administratifs	16	1,0%	5	0,8%	9	1,1%
Pb finances	66	4,1%	29	4,9%	33	3,9%
Autres	23	1,4%	10	1,7%	12	1,4%

Aide à la lecture : Parmi les bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an qui ont déclaré avoir renoncé pour des raisons financières, 49,5 % ont cité comme obstacle « les soins, traitements, médicaments envisagés ne sont pas remboursés ».

Le non recours porte essentiellement sur les médicaments, le dentaire, et les consultations de spécialistes

Les soins renoncés les plus fréquemment cités pour les personnes bénéficiant de la CMU-C depuis plus d'un an, sont, par ordre décroissant : les soins et les prothèses dentaires, les médicaments, les lunettes et les consultations des spécialistes. L'optique est fréquemment citée, mais, d'autres études en cours au Fonds CMU tendent à prouver qu'il ne s'agirait essentiellement que d'un renoncement a priori, ou, dans le cas d'un renoncement après avoir consulté, ce dernier pourrait être concentré sur une partie de la population qui doit bénéficier de très fortes corrections, ces dernières étant insuffisamment prise en compte dans le panier de soins.

Les problèmes évoqués dans les commentaires libres concernant les problèmes financiers sont, pour les personnes qui bénéficient de la CMU-C depuis plus d'un an, le plus souvent en relation avec le dentaire et l'optique. Ce sont des problèmes similaires qui sont évoqués par les bénéficiaires de la CMU-C depuis moins d'un an.

Le non recours peut avoir des raisons autres que financières pour presque un quart des bénéficiaires de la CMU-C

Sur l'ensemble de la population, 23,8 % des personnes déclarent avoir renoncé pour des raisons autres que financières (21,4 % des bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an contre 28 % des bénéficiaires de la CMU-C depuis moins d'un an).

Renoncement pour raisons autres que financières selon acquisition CMU-C

Acquisition CMUC	Oui	Non	Non renseigné	% non recours
Tous	1025	3290	195	23,8%
Moins d'un an	356	915	41	28,0%
Un an ou plus	555	2038	81	21,4%
Ne sait pas	73	205	12	26,3%
Donnée non renseignée	41	132	61	23,7%

Les motifs les plus fréquemment cités pour les personnes bénéficiant de la CMU-C depuis au moins un an, sont, par ordre décroissant : les délais de rendez-vous trop importants, le manque de temps, les soins pas jugés utiles et le refus de la part du professionnel. Il est à noter que la peur du résultat intervient dans 17,6 % des cas de renoncement pour raisons autres que financières.

*Motifs de non recours pour raisons autres que financières selon acquisition CMU-C.
(Pourcentages calculés pour les personnes ayant renoncé pour raisons autres que financières)*

	Acquisition CMUC					
	Tous n=1025		Moins d'un an n=356		Un an ou plus n=555	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Manque de temps	342	33,4%	128	36,0%	165	29,7%
Refus de la part du professionnel	150	14,6%	43	12,1%	96	17,3%
Problème d'éloignement	133	13,0%	45	12,6%	77	13,9%
Délais de RDV trop importants	343	33,5%	125	35,1%	182	32,8%
Soins pas jugés utiles	175	17,1%	59	16,6%	98	17,7%
Peur du résultat	180	17,6%	62	17,4%	96	17,3%
Autres	48	4,7%	26	7,3%	19	3,4%

Aide à la lecture : parmi les bénéficiaires de la CMU-C depuis au moins un an, 29,7% des personnes qui ont déclaré avoir renoncé pour des raisons autres que financières, ont déclaré avoir renoncé par manque de temps.

Les problèmes évoqués dans les commentaires libres concernant les problèmes administratifs sont, pour les personnes qui bénéficient de la CMU-C depuis plus d'un an, des problèmes de rupture lors du renouvellement de la CMU-C.

Les non recours aux soins pour raisons financières pour les enfants portent essentiellement sur les médicaments non pris en charge et sur l'orthodontie

9,8 % des personnes déclarent avoir renoncé pour des raisons financières pour leurs enfants. Leur proportion est de 8,1 % pour les personnes bénéficiant de la CMU-C depuis plus d'un an et 13,4 % pour les bénéficiaires depuis moins d'un an.

Renoncement pour raisons financières pour enfants selon acquisition CMU-C

Acquisition CMUC	Oui	Non	Non renseigné	% non recours
Tous	212	1 941	2 353	9,8%
Moins d'un an	83	535	694	13,4%
Un an ou plus	110	1 255	1 309	8,1%
Ne sait pas	14	101	175	12,2%
Donnée non renseignée	5	50	179	9,1%

Parmi les bénéficiaires de la CMU-C depuis un an ou plus qui ont déclaré avoir renoncé pour l'un de leurs enfants pour raisons financières, 50 % ont déclaré avoir renoncé à des médicaments, 27,3 % ont renoncé à de l'orthodontie. Parmi les autres soins cités fréquemment, on retrouve le dentaire, l'optique et l'orthopédie.

Parmi les personnes qui ont déclaré avoir renoncé pour leurs enfants, soins pour lesquels les bénéficiaires ont renoncé, selon acquisition CMU-C.
(Pourcentage par rapport à la population ayant renoncé)

Acquisition CMUC	Tous n=212		Moins d'un an n=83		Un an ou plus n=110	
	Nombre	Pourcent	Nombre	Pourcent	Nombre	Pourcent
Médicaments	94	44,3%	30	36,1%	55	50,0%
Orthodontie	70	33,0%	35	42,2%	30	27,3%
Autres	65	33,1%	24	28,9%	38	33,6%

La responsabilité du professionnel de santé est évoquée dans un tiers des renoncements, tous motifs confondus.

Les refus de soins stricto sensu, le refus de l'application du tiers payant et le refus du respect du tarif opposable ont été regroupés sous l'appellation « Obstacles liés à la responsabilité du professionnel de santé ». 12,8 % des bénéficiaires ont cité au moins un obstacle en relation avec le professionnel de santé. Ainsi, parmi les bénéficiaires ayant déclaré avoir renoncé (pour raisons financières ou autres raisons), 28,1 % ont cité un obstacle en relation avec le professionnel de santé. Ces données n'incluent pas les renoncements aux soins pour « délais de RDV trop importants », qui peuvent, dans certains cas, être des refus de soins déguisés.

Obstacles liés à la responsabilité du professionnel de santé (PS) selon acquisition CMU-C parmi ceux ayant déclaré avoir renoncé

Acquisition CMUC	Oui	Non	%
Tous	574	1471	28,1%
Moins d'un an	174	528	24,8%
Un an ou plus	347	766	31,2%

Piste de travail : Poursuivre le travail de collaboration entre le Fonds CMU et le CETAF et envisager de nouveaux projets d'études, par exemple sur le parcours de soins des personnes éligibles à l'ACS.

2.1.3. Les autres études

L'enquête de l'IRDES et du LEGOS¹⁸

Cette étude, publiée en 2011, montre qu'en 2008, 16,5 % de la population âgée de 18 à 64 ans déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquemment cité. Il concerne 10,7 % de la population, devant la lunetterie (4,0 %) et les consultations de médecins (4,0 % généralistes et spécialistes confondus).

¹⁸ « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins » 16/09/11 - Caroline Després, Paul Dourgnon- IRDES, Romain Fantin, Florence Jusot- LEGOS.

Les enquêtes du CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé)

En octobre 2009, dans le cadre de l'Observatoire 2009 sur les droits des malades, le CISS a mené une enquête flash sur le renoncement aux soins :

- 46,1 % des personnes interrogées ont déjà été amenées à renoncer ou à reporter des soins ;
- 42,4 % parfois, 27,1 % une fois, 25,4 % souvent ;
- 69 % ont l'impression que les conditions d'accès aux soins se dégradent pour elles et leur entourage.

En octobre 2010, l'institut ViaVoice a réalisé, pour le CISS, un sondage sur les perceptions des français sur les évolutions du système de santé. Le sondage a été effectué par interviews menées du 30 septembre au 1^{er} octobre 2010, sur un échantillon de 1 004 personnes, représentatif de la population de 18 ans et plus.

Sur l'ensemble des personnes interviewées, 90 % disposent d'une complémentaire santé dont 45 % en contrat individuel et 43 % en contrat collectif.

Les bénéficiaires de la CMU-C représentent 13 % de l'échantillon, les personnes en ALD 19 %.

26 % des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à des soins, dont 38 % chez les bénéficiaires de la CMU-C, 36 % parmi les personnes dont les revenus du foyer sont inférieurs à 1 500 € nets par mois, 33 % parmi les personnes atteintes d'une ALD, 32 % des 25-34 ans.

Les reports de soins sont déclarés par 30 % des Français dont 42 % chez les bénéficiaires de la CMU-C, 38 % parmi les personnes dont les revenus du foyer sont inférieurs à 1500 € nets/mois, 37 % pour les personnes atteintes d'une affection longue durée, 40 % chez les personnes âgées de 25 à 34 ans.

Le rapport annuel 2011 de Médecins du Monde

Pour la 8^{ème} année consécutive, Médecins du Monde a réalisé le rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde en collaboration avec l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (ORMIP).

En 2010, l'enquête porte sur 28 160 patients.

Les patients interrogés sont ceux accueillis dans les CASO (centre d'accueil de soins et d'orientation aux soins). Ces centres, au nombre de 21, sont ouverts à toute personne en difficulté d'accès aux soins, il n'y 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.

En 2009, Médecins du Monde constate que 24 % des patients reçus en consultation ont recouru tardivement, selon l'avis médical, aux soins. Le rapport note une augmentation de la fréquence de ces retards de recours aux soins, qui atteignait 11 % en 2007, 17 % en 2008, 22 % en 2009. Plus de 11 % des patients consultant avec retard, une ouverture immédiate des droits était nécessaire.

Une analyse du retard au recours aux soins en fonction des caractéristiques des patients est proposée. Il en ressort que :

- la plus grande proportion des personnes accusant un retard dans le recours aux soins se retrouve parmi les personnes sans domicile fixe, ce qui s'explique par le fait que ces personnes sont moins préoccupées par leur santé que par la nécessité de trouver un endroit pour dormir ;
- il y a une tendance à un recours tardif aux soins plus fréquent parmi les patients ne disposant d'aucune couverture complémentaire.

Le rapport du Mouvement ATD Quart Monde : Stratégies de recours à « la médecine de proximité » dans les populations démunies (octobre 2009)

Cette étude a été établie à partir d'enquêtes réalisées auprès de personnes en situation de précarité et de professionnels du terrain.

201 personnes en situation précaire ont été interrogées, parmi elles 94 déclarent bénéficier de la CMU-C. Le questionnaire portait sur l'accès aux soins.

Sur la question du renoncement aux soins, l'étude indique que « bon nombre de personnes ayant la CMU renoncent aux soins de spécialiste. Pour un tiers, ces renoncements sont dus à des problèmes de relation avec le soignant (pas d'écoute, humiliation, manque de respect, non-compréhension) ; pour près d'un répondant sur quatre, les problèmes financiers sont évoqués (avance de supplément, prix élevés) ; un sur 7 évoquent « les différentes peurs qui les hantent face à l'hôpital et la maladie. ». Il n'est cependant pas relevé de différences fondamentales entre les personnes bénéficiant de la CMU et les autres.

Les problèmes de transport sont récurrents, si 58 % vont aux consultations par leurs propres moyens, 27 % empruntent des transports en commun, 12 % demandent à des proches. Pour 20 % des répondants, les problèmes de déplacements sont principalement liés aux transports en commun (régularité des bus, éloignement de l'arrêt, le Week-end, la poussette, le landau ...), aux difficultés des personnes qui sont en mauvaise santé, à l'éloignement et au fait que les personnes ne sont pas motorisées.

2.2. Les restes à charge

Le RAC peut être défini simplement comme ce qui reste à la charge des ménages, après remboursement par les régimes obligatoires (ticket modérateur - RAC1) et les complémentaires (dépenses non remboursées - RAC2).

La question des RAC, qui figure parmi les priorités du HCAAM (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie), constitue une problématique relativement récente mais fondamentale puisqu'elle met en exergue de nombreux enjeux propres à notre système de santé.

En effet, la hausse tendancielle du RAC peut engendrer de réelles difficultés d'accès aux soins. Le reste à charge peut même constituer un facteur d'inégalités¹⁹.

							En %
Année	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des administrations publiques (en base 2000 pour l'année 2000 et en base 2005 pour la période de 2005 à 2010)²⁰							
- Régimes obligatoires d'assurance maladie (1)	77,1	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,8
- État, le Fonds CMU, les collectivités locales (2)	1,2	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Ensemble des administrations publiques (1) + (2)	78,3	78,0	77,6	77,6	76,9	77,0	77,0
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des acteurs privés							
- Opérateurs de couvertures maladie complémentaires	12,8	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5
- Ménages (reste à charge)	9,0	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100

Sources : DREES, Comptes de la santé

Les comptes de la santé permettent chaque année de mesurer au niveau macro économique la participation de chaque financeur au financement des dépenses de santé. Il s'avère que la part prise en charge par l'Assurance Maladie est restée relativement stable au cours de ces dernières années puisqu'elle est passée de 77,1 % (en moyenne des frais médicaux réels présentés en remboursement) en 2000 à 75,8 % en 2010. Au cours de la même période, la part financée par les organismes complémentaires est passée de 12,8 % à 13,5 %, celle des ménages de 9,0 % à 9,4 %, sachant que celle-ci diminue légèrement par rapport à 2009, et celle de l'État est restée stable à 1,2 %.

Ces chiffres, montrant une relative stabilité globale, masquent cependant un creusement des écarts, par exemple entre les personnes en ALD et les autres assurés, ainsi qu'entre la prise en charge des soins de ville hors ALD et les soins en ALD. Par ailleurs, les situations de dépassements tarifaires font croître le RAC et les écarts de situation entre RAC.

Dans un avis publié en janvier 2011 ("*L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?*"), le HCAAM alerte toutefois sur le manque de visibilité de notre système de remboursement et prévient que les chiffres avancés et leurs évolutions doivent être accueillis avec une certaine prudence. En effet, le champ des dépenses sur lequel se fondent les études actuellement (celui des dépenses remboursables présentées au remboursement) conduit à sous-estimer le RAC1 et le RAC2. Par exemple, les soins auxquels on renonce ne figureront jamais dans aucune étude. Il en est de même pour les dépenses non remboursées par la sécurité sociale mais prises en charge par les organismes complémentaires ou des dépenses non remboursées, ni par le régime obligatoire, ni par le régime complémentaire.

¹⁹ Étude réalisée en 2009 par Pierre-Yves Geoffard et Grégoire De Lagasnerie Appareillement des données CNAMTS (remboursement) et enquête santé 2002-2003 (variables socio-démographiques) sur 15 024 individus, soins de ville uniquement.

²⁰ Cf. Études et résultats N° 773 septembre 2011 - Encadré 1 « le passage de la base 2000 à la base 2005 dans les Comptes de la santé » - Annie FENINA, Marie-Anne LE GARREC, et Malik KOUBI

Il est donc indispensable de connaître davantage ce phénomène, en le mesurant par des enquêtes régulières. *"Nous avons besoin d'instruments d'analyse plus adéquats. Ces chiffres globaux sont utiles, mais insuffisants pour observer les restes à charge directs pour les ménages et ainsi s'assurer que l'accès aux soins est garanti"*, explique son président, Denis Piveteau.

Malgré cette précaution, il est possible d'affirmer que, progressivement, notre société assiste à un transfert de dépenses prises en charge par les régimes obligatoires vers les complémentaires et les ménages, compte tenu d'une part, des dépenses non prises en charge par les AMO et les AMC et d'autre part, de la répercussion in fine sur le prix des contrats. Depuis 2005, la part du reste à charge supportée finalement par les ménages progresse légèrement (+ 0,4 point de 2005 à 2010), tandis que la part des organismes complémentaires poursuit sa progression (+ 0,5 point sur la même période). La légère érosion du taux de prise en charge de l'Assurance Maladie obligatoire est imputable à une série de transferts vers les patients, dont certains peuvent être couverts par les contrats d'assurance complémentaire santé (hausse du forfait journalier, franchise de 18 € sur les actes de plus de 91 €), d'autres ne le sont pas (participations forfaitaires introduites en 2005 et franchises introduites en 2008 ainsi que les suppléments liés au non respect du parcours de soins). Cela explique le poids légèrement croissant à la fois des complémentaires santé et du reste à charge final des patients dans le financement des soins.

En ce qui concerne le montant absolu du reste à charge laissé par l'Assurance Maladie obligatoire, il a lui fortement augmenté, à la fois sous l'effet de la légère baisse du taux de prise en charge des dépenses par la sécurité sociale, mais également du fait de la nette croissance des dépenses de santé : la somme incombant au ménage sous forme de prime de contrat de couverture complémentaire et/ou de reste à charge final (+ 10 % à prix relatif, c'est-à-dire après prise en compte de l'évolution du pouvoir d'achat).

Dans ce contexte, bénéficier d'une complémentaire santé est devenu déterminant pour continuer à accéder aux soins, principalement pour les populations les plus pauvres qui, de surcroît, ont un besoin plus important de soins. Cependant, les primes des contrats de couverture complémentaire n'étant que rarement ajustées au revenu des individus, les ménages pauvres font face à un effort financier qui peut être élevé. Les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS permettent d'alléger cet effort ; ils ont ainsi favorisé la diffusion de la complémentaire santé.

2.2.1. Les RAC et la CMU-C

2.2.1.1. Éléments généraux sur les restes à charge des bénéficiaires de la CMU-C

Il convient de rappeler que la CMU-C offre à ses bénéficiaires un accès gratuit aux soins. Elle prend en charge la part complémentaire de tous les soins et médicaments prescrits et remboursables par l'Assurance Maladie, les consultations de médecine générale et spécialisée à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, quel que soit le secteur de conventionnement des professionnels de santé, ces derniers ayant l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires (sauf exigence particulière du patient).

La CMU-C dispense son bénéficiaire de l'avance des frais, du paiement de la participation forfaitaire de 1 €, des franchises médicales, en outre, elle prend en charge, de façon illimitée, le forfait journalier en cas d'hospitalisation.

En optique, prothèses dentaires, orthodontie, dispositifs médicaux, la CMU-C offre des prises en charge allant au-delà des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale et dont les limites tarifaires s'imposent aux professionnels de santé.

Ces tarifs sont intégralement couverts par la CMU-C, si le bénéficiaire ne sort pas du champ de remboursement délimité par arrêtés.

En 2010, la CNAMTS avait extrait, sur la période du 2ème semestre 2009, des premiers éléments faisant état de restes à charge pour les bénéficiaires de la CMU-C. L'étude a ensuite été reconduite en 2011²¹, sur l'année complète 2010, et retrouve les mêmes résultats.

Le Fonds CMU a commandité deux études sur ce sujet, l'une auprès de la CPAM des Hauts-de-Seine (92)²² et l'autre auprès de la MSA de la Gironde (33)²³.

Pour les trois études le reste à charge a été retenu à partir de 1 € non pris en charge au titre de la part du régime obligatoire et de la CMU-C.

Compte tenu de sa portée nationale, l'étude de la CNAMTS fait l'objet d'une présentation spécifique et les études effectuées par la CPAM des Hauts-de-Seine et la MSA de la Gironde font l'objet d'une présentation conjointe.

L'étude de la CNAMTS sur les restes à charge des bénéficiaires de la CMU-C

La population étudiée par la CNAMTS est issue de l'EGB²⁴. Elle est composée de la totalité des bénéficiaires de la CMU-C compris dans l'EGB, dans la mesure où ils ont consommé au moins un soin pendant l'année 2010. Le tirage aléatoire des populations composant l'EGB assure une bonne représentativité au niveau national.

L'objectif de l'étude vise à quantifier le montant qui reste à la charge des personnes bénéficiaires et en identifier les différentes composantes en termes de services et de prestations. Dans ce cadre, sur la population étudiée, plus de 26 % des bénéficiaires de la CMU-C ont subi au moins un reste à charge au cours de l'année 2010.

²¹ Points de repère, n° 35, septembre 2011, Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010, Pauline RICCI

²² Le reste à charge des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2010, septembre 2011, Observatoire des dépenses de santé, CPAM des Hauts-de-Seine

²³ Les restes à charge supportés par les bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2010 au Régime agricole en Gironde, Juillet 2011, MSA Gironde, Étude statistique

²⁴ EGB : Échantillon généraliste des bénéficiaires. Échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'assurance maladie sur l'ensemble du territoire français. Il regroupe plus de 500 000 bénéficiaires du régime général. Il résulte d'un sondage au 1/97 sur le numéro de sécurité sociale (NIR).

Population retenue dans le cadre de l'étude de la CNAMTS sur le RAC

	CNAMTS / EGB
Tranche d'âges population étudiée	>= 0 – >= 60 ans
Nombre population étudiée	44 520
Bénéficiaires CMU-C consommateurs	
Part de la population CMU-C concernée par le RAC	26.4%

Source : CNAMTS

L'âge moyen de la population étudiée est de 26,6 ans. L'âge moyen des bénéficiaires ayant connu un reste à charge est supérieur à l'âge moyen des bénéficiaires de la CMU-C de 3 ans de plus. L'âge moyen du dernier décile des bénéficiaires ayant eu à régler le plus de reste à charge est de 35,9 ans. L'étude de la CNAMTS démontre que la proportion de personnes ayant eu à régler un reste à charge est de 38 % pour les personnes âgées de plus de 60 ans, alors qu'elle est inférieure à 23 % chez les moins de 20 ans.

Âge moyen de la population étudiée par la CNAMTS

	CNAMTS / EGB
Âge moyen population étudiée	26.6 ans
Âge moyen population sans RAC	25.6 ans
Âge moyen population avec RAC	29.6 ans
Âge moyen population dernier décile RAC	35.9 ans

Source : CNAMTS

La proportion de personnes en ALD dans l'échantillon étudié est de 10,3%, mais elle passe à 12,8 % pour les personnes ayant connu des restes à charge, pour aller jusqu'à 17,6 % dans le dernier décile rassemblant les plus forts restes à charge.

Proportions des personnes, bénéficiaires de la CMU-C, en ALD dans l'étude de la CNAMTS

	CNAMTS / EGB
Proportion ALD dans population étudiée	10.3%
Proportion ALD dans population sans RAC	9.4%
Proportion ALD dans population avec RAC	12.8%
Proportion ALD dans population au dernier décile RAC	17.6%

Source : CNAMTS

La population des bénéficiaires de la CMU-C est globalement plus féminine et, lorsqu'elles ont à payer un reste à charge, leur proportion par rapport aux hommes augmente de 5,7 points.

Proportions de femmes dans les populations retenues pour l'étude sur le RAC de la CNAMTS

	CNAMTS / EGB
Proportion des femmes dans population étudiée	55.2%
Proportion des femmes dans population avec RAC	60.9%
Proportion des femmes dans population au dernier décile RAC	64.8%

Source : CNAMTS

Les postes étudiés relèvent des soins de ville. La CNAMTS a retenu dans ce cadre l'hospitalisation privée et les honoraires des praticiens exerçant en secteur privé à l'hôpital public. Le RAC moyen, pour l'ensemble des bénéficiaires est de 18 €. Le RAC moyen, lorsqu'il y a un RAC, est de 66 €. Le RAC moyen des personnes se situant dans le dernier décile des RAC est 6,6 fois plus important que le RAC moyen de l'ensemble des personnes ayant payé un RAC. La part du RAC dans la dépense de ville totale est de 1,8 % dans l'étude de la CNAMTS, mais le champ de la dépense de ville pour l'EGB inclut les transports et l'hospitalisation privée.

Les restes à charge sont cependant concentrés sur une petite part des bénéficiaires et sur un nombre limités de prestations.

Dans l'étude CNAMTS, le dispositif mis en place « limite fortement les RAC : 74 % des bénéficiaires n'ont eu aucun RAC, 85 % des bénéficiaires ont eu moins de 10 euros à déboursier sur l'ensemble de l'année, et 95 % moins de 65 euros, soit de l'ordre de 5 euros par mois.

« De fait, les restes à charge sont très concentrés. Pour la population étudiée dans l'EGB, 5 % des personnes concentrent 80 % du montant total des RAC observés et 2,5 % (soit 10 % des personnes ayant eu au moins un euro de RAC) concentrent les deux tiers (66 %). »²⁵

Éléments sur les champs de dépenses retenus et sur les montants moyens des RAC pour l'étude de la CNAMTS

	CNAMTS / EGB
Part des RAC dans la dépense de ville totale	1.8%
Champs spécifiques à la dépense de ville retenus dans l'étude	
Transport	Oui
Hospitalisation privée	Oui
RAC moyen ensemble population CMU-C	18.00 €
RAC moyen si RAC	66.00 €
Montant du RAC minimum au dernier décile des RAC	157.40 €
RAC moyen dernier décile des RAC	436.90 €
Part du dernier décile des RAC sur total des RAC	65.9%

Source : CNAMTS

²⁵ Points de repère, n° 35, p 4

1^{ère} ligne du tableau : Pour la CNAMTS, part des RAC dans la dépense totale = champ des soins de ville, hospitalisation privée et honoraires des praticiens exerçant en secteur privé à l'hôpital public.

Selon la CNAMTS, les 10% des personnes du dernier décile (160 personnes) ont un reste à charge annuel supérieur à 600 euros en 2010 composé principalement de matériel médical, (38 %) dont (82 %) correspond à de l'optique (verres et monture et 12 % à de l'audioprothèse et de soins dentaires (23 %).

Les RAC classés par ordre d'importance décroissante se situent sur les postes, d'abord liés à l'optique et ensuite, aux prothèses dentaires et aux audioprothèses. Ce qui va concerner, pour les bénéficiaires étudiés dans l'EGB, 37,7 % des consommateurs du poste optique, 4,6 % des consommateurs du poste dentaire et 31,1 % des consommant du poste audioprothèses.

Le montant moyen du RAC en optique, s'il y a un RAC, est de 165 € pour l'EGB.

Les études de la CPAM des Hauts-de-Seine et de la MSA de la Gironde sur les restes à charge des bénéficiaires de la CMU-C

La population étudiée par la CPAM des Hauts-de-Seine regroupe la totalité des bénéficiaires de la CMU-C du département²⁶, ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2010. Cette population est le reflet des bénéficiaires de la CMU-C du département, dans le contexte précis de l'offre de soins locale, ce territoire offrant une grande diversité et concentrant, sur certains territoires, une forte proportion de médecins en secteur 2.

La population étudiée par la MSA de la Gironde correspond environ à 10 % de l'échantillon de la CPAM des Hauts-de-Seine et ne comprend pas la population âgée de plus de 60 ans. La population est retenue sur les mêmes critères que pour les autres études. De même que pour l'étude effectuée dans les Hauts-de-Seine, les données reflètent une réalité locale.

À partir de tranches d'âge homogènes, sachant que la CMU-C ne couvre que très peu de personnes âgées de plus de 60 ans, la part de la population ayant eu à supporter au moins un reste à charge en 2010 varie de 20 % à 44 %. La forte proportion de bénéficiaires de la CMU-C touchés par un reste à charge pour la CPAM des Hauts-de-Seine peut s'expliquer par une offre de soins non pris en charge (optiques, prothèses dentaires) plus développée localement ainsi que la forte fréquence des dépassement d'honoraires des médecins dans le département, même si la part de ces dépassements n'est que de 1,8 % pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 13 % pour les autres assurés.

Populations retenues pour les études sur le RAC de la CPAM 92 et de la MSA 33

	CPAM 92	MSA 33
Tranches d'âges population étudiée	>= 0 – >= 60 ans	>= 0 – <= 60 ans
Nombre population étudiée	46 570	4 545
Bénéficiaires CMU-C consommateurs		
Part de la population CMU-C concernée par le RAC	44.0%	19.5%

Sources : CPAM Hauts-de-Seine (92), MSA Gironde (33)

²⁶ Les données sont issues de la base ERASME régionale

L'âge moyen des populations étudiées se situe entre 26 et 29 ans 1/2. L'âge moyen des bénéficiaires ayant connu un reste à charge est supérieur à l'âge moyen des bénéficiaires de la CMU-C, entre 1,8 et 4,5 ans de plus. L'âge moyen du dernier décile des bénéficiaires ayant eu à régler le plus de reste à charge est de 42,6 ans pour la MSA de la Gironde. Plus on est âgé, plus on a de chance d'avoir à régler un reste à charge. Mais ceci est également en rapport avec le fait que la consommation de soins augmente avec l'âge, donc, en parallèle, la probabilité d'être confronté à un reste à charge.

Âge moyen des populations retenues pour les études sur le RAC de la CPAM 92 et de la MSA 33

	CPAM 92	MSA 33
Âge moyen population étudiée	29.6 ans	26.2 ans
Âge moyen population sans RAC	28.3 ans	25.1 ans
Âge moyen population avec RAC	31.4 ans	30.7 ans
Âge moyen population dernier décile RAC	NC	42.6 ans

Sources : CPAM Hauts-de-Seine (92), MSA Gironde (33)

Le fait d'être en ALD augmente la probabilité d'être confronté à un reste à charge. Alors que la proportion des bénéficiaires de la CMU-C en ALD est de 10,3 % pour la CPAM des Hauts-de-Seine et de 8,7 % pour la MSA de la Gironde, la proportion de bénéficiaires de la CMU-C en ALD avec RAC est respectivement de 12,3 % et de 8,9 %. Dans le dernier décile, rassemblant les plus forts restes à charge, la proportion des personnes en ALD va jusqu'à 17 % dans l'étude de la CPAM. Ceci peut s'expliquer par les dépenses de santé autres que celles liées à l'ALD.

Proportions des personnes, bénéficiaires de la CMU-C, en ALD dans les populations retenues pour les études sur le RAC de la CPAM 92 et de la MSA 33

	CPAM 92	MSA 33
Proportion ALD dans population étudiée	10.2%	8.7%
Proportion ALD dans population sans RAC	9.3%	8.6%
Proportion ALD dans population avec RAC	12.3%	8.9%
Proportion ALD dans population au dernier décile RAC	17.0%	9.7%

Sources : CPAM Hauts-de-Seine (92), MSA Gironde (33)

La population des bénéficiaires de la CMU-C est globalement plus féminine, quels que soient les régimes ou les départements. Les femmes sont également plus confrontées aux restes à charge que les hommes. Lorsqu'elles ont à payer un reste à charge, leur proportion par rapport aux hommes augmente de 6,8 points pour la CPAM 92 et de 4,9 points pour la MSA 33 par rapport à leurs proportions globales dans les populations étudiées.

*Proportions de femmes dans les populations retenues pour les études sur le RAC
de la CPAM 92 et de la MSA 33*

	CPAM 92	MSA 33
Proportion des femmes dans population étudiée	52.9%	52.9%
Proportion des femmes dans population avec RAC	59.7%	57.8%
Proportion des femmes dans population au dernier décile RAC	58.6%	55.9%

Sources : CPAM Hauts-de-Seine (92), MSA Gironde (33)

Les postes étudiés relèvent des soins de ville. Mais la CPAM des Hauts-de-Seine a exclu les transports et la MSA de la Gironde et la CPAM des Hauts-de-Seine ont exclu l'hospitalisation publique et privée. Le RAC moyen, pour l'ensemble des bénéficiaires est particulièrement élevé dans les Hauts-de-Seine, 65 €, et se situe à 20,69 € à la MSA de la Gironde. Le RAC moyen, lorsqu'il y a un RAC, est de 145 € pour les bénéficiaires des Hauts-de-Seine et de 106 € en Gironde. Le RAC moyen des personnes se situant dans le dernier décile des RAC est de 339.00 € dans les Hauts-de-Seine et de 299.50 € en Gironde.

Dans les Hauts-de-Seine, le dernier décile de la population CMU-C ayant réglé un RAC concentre 71 % de la dépense. En Gironde, le dernier décile concentre 58 % du montant total du RAC.

La part du RAC dans la dépense de ville totale est particulièrement élevée pour la CPAM des Hauts-de-Seine (9,0 %), surtout en regard de la part pour l'EGB au niveau national (1,8 %), mais le champ de la dépense de ville est plus étendu pour l'EGB, qui inclut les transports et l'hospitalisation privée.

*Éléments sur les champs de dépenses retenus et sur les montants moyens des RAC pour les études
de la CPAM 92 et de la MSA 33*

	CPAM 92	MSA 33
Part des RAC dans la dépense de ville totale	9.0%	4.0%
Champs spécifiques à la dépense de ville qui sont différemment retenus dans les 2 études		
Transport	Non	Oui
Hospitalisation privée	Non	Non
RAC moyen ensemble population CMU-C	65.00 €	20.69 €
RAC moyen si RAC	145.00 €	106.00 €
Montant du RAC minimum au dernier décile des RAC	339.00 €	299.50 €
RAC moyen dernier décile des RAC	1 034.00 €	583.30 €
Part du dernier décile des RAC sur total des RAC	71.0%	58.0%

Sources : CPAM Hauts-de-Seine (92), MSA Gironde (33)

Les RAC classés par ordre d'importance décroissante se situent sur les postes, d'abord liés à l'optique et ensuite, aux prothèses dentaires et aux audioprothèses.

Le montant moyen du RAC en optique, s'il y a un RAC, est de 107,5 € dans les Hauts-de-Seine et de 94,65 € en Gironde.

Les champs d'étude n'étant pas similaires d'une recherche à l'autre, il n'est pas pertinent d'effectuer des comparaisons trop poussées. Mais ces études, effectuées sur la même période, ont en commun de mettre à jour des RAC, sur des prestations souvent intégrées au panier de soins, ou de mettre en avant des dépenses supportées par les patients, parce qu'elles ne sont pas intégrées dans le panier de soins, ceci spécialement pour l'optique.

2.2.1.2. Les restes à charge sur le dentaire

Le reste à charge sur le dentaire (soins et prothèse) est évalué différemment d'une étude à l'autre. Mais il reste, après l'optique, l'un des principaux postes impactés par le RAC. Toutefois, pour un même soin à l'intérieur du panier de soins, la probabilité de subir un RAC, ainsi que son montant, sont très inférieurs pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour les non bénéficiaires.

Dans l'échantillon EGB/CNAMTS, le reste à charge sur le dentaire (soins et prothèses) concerne 5 % des consommateurs du poste et représente 14,4 % du RAC pour les soins de ville (hors hospitalisation privée).

Dans les Hauts-de-Seine, 56 % des prothèses implantées dans le cadre de la CMU-C, sont hors panier de soins, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas intégralement prises en charge par la CMU complémentaire. Les patients ayant opté pour ce type de prothèses s'exposent donc à des restes à charge importants évalués à 128 € en moyenne.

En Gironde, pour les ressortissants du régime agricole, le poste le plus sensible au sein du poste de dépenses du poste dentaire concerne les prothèses : 63 % des bénéficiaires ont eu un reste à charge qui correspond en termes de montant à près de 46 % des dépenses réelles totales du poste. Près de 60% des personnes concernées sont âgés de 40 ans ou plus, et 55% sont des femmes.

L'évolution du panier de soins dentaire pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude, en relation avec les professionnels, afin d'améliorer l'accès aux soins dentaires des bénéficiaires de la CMU-C et de réduire la proportion des restes à charge.

2.2.1.3. Les restes à charge sur l'optique

1) Présentation des études quantitatives

Dans l'étude EGB/CNAMTS, il apparaît que « *l'optique constitue de loin le poste le plus important au sein du reste à charge des bénéficiaires de la CMU-C (44 %). L'achat de lunettes est beaucoup moins fréquent (12 %), mais lorsqu'il se produit, il y a un reste à charge dans 38 % des cas, à hauteur de 165 € en moyenne* ». Le RAC peut être supérieur à 300 € pour 5 % des personnes subissant un RAC sur ce poste.

Dans l'étude de la CPAM des Hauts-de-Seine réalisée à la demande du Fonds CMU, 17,4 % des adultes (personnes âgées de 18 ans et plus) subissent un reste à charge sur les montures de 96,10 € en moyenne, et 15,3 % sur les verres, de 54,45 € par verre en moyenne. Pour les enfants (personnes âgées de moins de 18 ans), la fréquence d'un reste à charge est de 32,7 % pour les montures, de 58,40 € en moyenne, et de 24,3 % pour les verres, de 31,35 € par verre en moyenne.

Les adultes rencontrent moins souvent un reste à charge que les enfants, mais pour un montant supérieur. La présence de prestations hors forfait est constatée pour les adultes (9,3 % pour les montures et 8,5 % pour les verres), mais elle fait l'objet de recherches en interne à la CPAM, et ne peut être retenue comme significative en l'état actuel.

Pour la MSA de Gironde, un quart des bénéficiaires d'un remboursement relevant du poste optique supporte un reste à charge, qui représente globalement 30,6 % des dépenses réelles. Le montant du RAC par bénéficiaire est de 95 € (respectivement 71 € pour les montures et 81 € pour les verres). Toutefois, il convient de différencier les bénéficiaires selon l'âge, les modalités de prises en charge étant différentes avant et après le dix-huitième anniversaire. On constate que les moins de 18 ans supportent plus fréquemment des RAC (35% d'entre eux contre 19% parmi les 19-60 ans), mais pour un montant moyen moins élevé que les consommateurs de plus de 18 ans : 82 € en moyenne contre 109 €. Deux éléments à noter : les RAC sont plus importants pour les montures des 0-18 ans d'une part, et le montant des RAC des verres pour les 19-60 ans atteint 110 € par équipement en moyenne, d'autre part.

2) Calcul de la part de l'optique dans la dépense CMU-C

Au Régime général, qui couvre 92,1 % des bénéficiaires de la CMU-C, la dépense pour le poste panier de soins optique en trésorerie, en 2010, a représenté un montant de 21 476 779, 05 €, soit 1,5 % de la dépense totale pour la part CMU-C et 2,0 % de la dépense de ville. Ce montant ne représente que les prestations comprises dans le panier de soins CMU-C, soit les équipements pour les plus de 18 ans. Le coût moyen dans ce cadre a été de 6,39 € et il a évolué de 2,3 % sur l'année, soit presque au même rythme que la part CMU-C pour la dépense de ville (2,4 %). L'optique, tout en restant un poste qui connaît de forts taux de reste à charge, ne représente qu'une faible proportion des dépenses.

Pour le panier de soins optique réservé aux bénéficiaires âgés de plus de 18 ans, il est possible d'évaluer le nombre de consommateurs à près de 8,0 % des bénéficiaires et à plus de 14 % des bénéficiaires adultes.

Ainsi, en partant des paramètres de la dépense et du nombre de bénéficiaires consommateurs, une évolution du panier de soins optique, représenterait une réelle amélioration pour 14 % des bénéficiaires adultes de la CMU-C et aurait des conséquences financières sur un poste qui ne représente que sur 1,5 % de l'ensemble de la dépense complémentaire.

ENCADRE 5 :

La dépense et le nombre de bénéficiaires du panier de soins optique

Le panier de soins optique représente 1,5 % de la dépense pour la part CMU-C 2010, en trésorerie, au Régime Général. Son évolution est de 2,3 % par rapport à l'exercice précédent.

*Dépense en trésorerie pour la part CMU-C 2010, en ACM, métropole et Dom,
part de la dépense liée au panier de soins optique*

Total dépense Ville et Hôpital	1 447 922 790.80 €
Total dépense Ville	1 061 242 589.19 €
Forfaits optique médicale	21 476 779.05 €
Part forfait optique médicale / Dépense ville et hôpital	1.5%
Part forfait optique médicale / Dépense ville	2.0%

Source : CNAMTS

*Coûts moyens pour la dépense en trésorerie pour la part CMU-C 2010, en ACM,
montants et évolutions*

	Montant	Évolution
Coût moyen part CMU-C Dépense ville et hôpital	430.54 €	3.3%
Coût moyen part CMU-C Dépense ville	315.56 €	2.4%
Coût moyen part CMU-C panier soin optique	6.39 €	2.3%

Source : CNAMTS

Il est établi que 80 % des bénéficiaires de la CMU-C consomment au moins une fois au cours d'une année. Parmi ces consommateurs, 12 % sont retenus comme consommateurs sur le poste optique. Sur ces consommateurs sur le poste optique, 73 % sont des adultes et 27 % ont moins de 18 ans.

Évaluation nombre de consommateurs optique

Effectifs moyens CMU-C 2010	4 265 040
Pourcentage consommateurs	80.0%
Effectif consommateurs	3 412 032
Pourcentage consommateurs optique	12.0%
Effectif consommateurs optique	409 444
Pourcentage consommateurs optique >= 18 ans	82.6%
Effectif consommateurs optique >= 18 ans	338 201
Pourcentage consommateurs optique < 18 ans	17.4%
Effectif consommateurs optique < 18 ans	58 847

Les 338 201 consommateurs du panier de soin optique (qui ne concerne que les adultes) représentent 14,2 % des effectifs moyens des bénéficiaires de la CMU-C âgés de 18 ans et plus.

Évaluation du pourcentage de bénéficiaires adultes concernés par le panier de soins optique

Effectifs moyens CMU-C 2010	4 265 040
Part effectifs CMU-C >= 18 ans 2010	55.7%
Évaluation effectifs moyens CMU-C >= 18 ans 2010	2 375 627
Effectif consommateurs optique >= 18 ans	338 201
Pourcentage Effectifs consommateurs optique >= 18 ans / Effectifs moyens CMU-C >= 18 ans	14.2%

3) Les premiers éléments de l'approche qualitative

Le Fonds CMU a rencontré plusieurs opticiens et a réuni un groupe de travail composé d'un ophtalmologue, représentant du groupe « Optique solidaire », d'un représentant d'Humanis-Mutuelles Radiance, d'un représentant d'AG2R et d'un opticien.

Les opticiens ne rencontrent pas de problèmes particuliers avec les bénéficiaires de la CMU-C. L'approche est la même que pour les autres clients. Il est toujours demandé si la personne bénéficie ou non d'une complémentaire, la présence de la CMU-C étant alors naturellement mentionnée. L'opticien oriente en ce cas le client vers un choix d'équipements appropriés.

ENCADRÉ 6 :

Les conditions de prise en charge en optique prévues dans le panier de soins CMU-C

La CMU-C offre à ses bénéficiaires la prise en charge d'une paire de lunettes (une monture et deux verres) par année de droit.

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.

L'arrêté distingue les prises en charge pour les personnes de moins de 18 ans, pour lesquelles les limites de vente correspondent aux tarifs de responsabilité de la sécurité sociale et pour lesquelles il n'est pas prévu que la CMU-C intervienne au delà de ces tarifs, et celles pour les personnes de plus de 18 ans pour lesquelles une prise en charge par la CMU-C, en sus du tarif de responsabilité de la sécurité sociale, est fixée.

Un montant unique est fixé pour la monture, pour les verres, les montants de prise en charge varient en fonction du type de verre.

En pratique, les opticiens sont tenus de proposer aux bénéficiaires des lunettes dont le prix n'excède pas les limites maximum de vente fixées par l'arrêté. En cas d'acceptation du bénéficiaire, celui-ci n'a rien à payer.

Dans le cadre d'engagements pris à l'égard de la CNAMTS, des réseaux d'opticiens s'étaient engagés à offrir aux bénéficiaires de la CMU-C, sans surcoût, des garanties supplémentaires telles que la garantie casse.

Si le bénéficiaire demande expressément des équipements comprenant des caractéristiques dont le prix excède la prise en charge prévue par les textes, la partie du prix excédant le montant maximum est à la charge du bénéficiaire.

Dans certains cas spécifiques, le bénéficiaire peut avoir droit à plus d'un équipement par an : enfants de moins de 6 ans, aphasie, évolution rapide et importante de la pathologie, intolérance aux verres progressifs (Circulaire DSS/2A n° 2000-240 du 27/04/2000).

L'arrêté du 18 mars 2011 relatif à la participation de l'assuré diminue la prise en charge de l'optique par le régime obligatoire de 65 % à 60 % depuis le 2 mai 2011. Cette baisse de la prise en charge par le régime obligatoire a pour conséquence une augmentation du montant de prise en charge par la CMU-C afin que les garanties restent identiques pour le bénéficiaire.

Les opticiens, principalement les grandes chaînes, proposent aux assurés non bénéficiaires de la CMU-C une deuxième paire de moindre qualité. C'est cette deuxième paire qui correspond à l'équipement proposé aux bénéficiaires de la CMU-C. Dans les lieux visités, le choix peut porter à plus d'une cinquantaine de paires pour les adultes et une trentaine de paires pour les

enfants. Ce choix est suffisamment varié pour que la monture soit adaptée aux différents visages et ne soit pas stigmatisante.

Les verres sont des verres organiques simples, ce sont également ceux qui sont montés sur la « 2^{ème} paire ». Sur des verres progressifs, ils sont équivalents aux verres de 1^{ère} génération (on compte 5 générations qui correspondent à 5 niveaux de finition, la 5^{ème} génération étant la meilleure). Les traitements les plus demandés, en plus du forfait pris en charge par la CMU-C, sont les traitements contre les rayures, notamment pour les enfants, les traitements antireflets et l'amincissement.

L'ensemble des professionnels consultés ont pointé l'insuffisance du panier CMU-C actuel qui 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 part leur effet « loupe ».

Les forfaits actuels pourraient donc être revus pour offrir des verres amincis pour les plus fortes corrections. Cette révision s'appliquerait à l'intérieur du panier de soins pour les adultes et viendrait 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.

Proposition : Engager une réflexion, avec l'ensemble des partenaires concernés, sur une révision globale du panier de soins optique afin de tenir compte de besoins non pris en charge au moment de la création de la CMU-C, en particulier en ce qui concerne l'amincissement des verres.

Au-delà du dentaire et de l'optique, la refonte du panier de soins de la CMU-C devrait également conduire à un examen attentif des prestations d'audioprothèses. Le changement le plus important consisterait à 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).

ENCADRÉ 7 :

Les conditions de prise en charge en audioprothèse prévues dans le panier de soins CMU-C

En matière d'audioprothèses, la CMU-C offre à ses bénéficiaires la prise en charge du premier embout, de la ou les premières piles, de l'adaptation et du suivi sur une période de deux ans à compter de la date d'ouverture du droit à la CMU-C. Les prises en charge sont plus élevées pour les personnes souffrant simultanément d'un trouble de l'audition et de cécité, et les personnes de moins de 20 ans.

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.

L'arrêté distingue, d'une part, les prises en charge pour les personnes de moins de 20 ans et celles atteintes d'un trouble de l'audition et de cécité, pour lesquelles les limites de vente correspondent aux tarifs de responsabilité de la sécurité sociale et pour lesquelles il n'est pas prévu de prise en charge CMU-C en sus du tarif de responsabilité, et, d'autre part, celles pour les personnes de plus de 20 ans pour lesquelles une prise en charge par la CMU-C, en sus du tarif de responsabilité de la sécurité sociale, est fixée.

Depuis le 2 mai 2011, le taux de remboursement des prothèses auditives par le régime obligatoire est passé de 65 % à 60 %, ce qui porte la prise en charge de la part complémentaire à 40 % du tarif de responsabilité de la sécurité sociale.

En pratique, pour les adultes, les distributeurs sont tenus de proposer aux bénéficiaires une prothèse analogique à contour d'oreille non programmable dont le prix n'excède pas 443,63 € (prise en charge RO : 119,83 €, prise en charge RC : 79,88 €, Prise en charge CMU-C en sus du TRSS : 243,92 €). Les autres types de prothèses sont pris en charge à même hauteur. En cas de stéréophonie (deux oreilles concernées), le 2ème appareil est pris en charge à hauteur de 100 % du tarif de sécurité sociale, soit 199,71 €.

Jusqu'à 20 ans, ou en cas de cécité, le distributeur est tenu de proposer une prothèse analogique à contour d'oreille non programmable dont le prix n'excède pas le tarif de remboursement de la sécurité sociale. Ce tarif varie de 900 à 1 400 € (catégorie A : 900 €, B : 1 000 €, C : 1 250 €, D : 1 400 €).

La catégorie A correspond à un ancien appareil analogique, la catégorie D à un appareil numérique de dernière génération, les catégories B et C désignent les appareils intermédiaires. La CMU-C intervient à hauteur de 40 % du TRSS. En cas de stéréophonie, l'assurance maladie prévoit la prise en charge de deux appareils, dans ce cas la CMU-C complète la prise en charge pour les deux appareils.

2.2.2. Les RAC et l'ACS

Dans le cadre de l'enquête annuelle sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, le reste à charge et le taux d'effort avaient été calculés, jusqu'à l'enquête 2009, par rapport au prix du contrat. Or, il est essentiel de garder à l'esprit que la complémentaire santé peut en outre laisser à la charge des ménages des dépenses de santé non remboursées, non négligeables notamment au regard des dépassements pratiqués.

Dans ce contexte, l'enquête 2010 a initié une étude sur les restes à charge sur prestations des bénéficiaires sur la base de données spécifiques remontées des OC et des taux de remboursement constatés dans l'enquête confrontés aux prix des prestations observés sur le marché. Il s'agit d'un tout premier exercice et son caractère exploratoire doit être souligné.

En moyenne, sur une base de réponse constituée par 43 OC, le montant des restes à charge sur une consultation de spécialiste est ressorti à 9 €, celui sur une prothèse dentaire à 350 €, enfin, celui sur une paire de lunette à 150 €.

- Indications techniques :

L'approche utilisée est celle du RAC moyen par consommant calculé à partir des bases « prestations » des organismes complémentaires. La situation des bénéficiaires n'a pas été appréciée globalement mais selon certaines prestations, le but étant de déterminer un montant de RAC selon les soins engagés.

Concrètement, en s'intéressant par exemple aux consultations de spécialistes, il s'agit de déterminer, pour l'ensemble des consommateurs, un montant de RAC cumulé, puis, d'en déduire une moyenne. A partir d'un exemple concret, voici comment est déterminé le calcul :

- une personne ayant effectué 3 consultations de spécialistes sur l'année avec des RAC respectifs de 10, 15 et 20 euros, se verra « affecter » un RAC de 45 euros (10+15+20) ;
- une personne avec 2 consultations de spécialistes sur l'année aboutissant à deux RAC nuls, se verra affecter un RAC de 0 euro (0+0).
- une personne couverte mais n'ayant consulté aucun spécialiste et donc non consommatrice au cours de l'année, ne verra pas entrer son RAC, qui par définition est nul, dans le calcul.

Le RAC moyen ainsi calculé correspondra à 22,5 euros ((45+0)/2 consommateurs).

Les restes à charge sur les autres contrats individuels sont ressortis systématiquement plus importants. Pourtant, ces derniers présentent des niveaux de couverture plus élevés. Il est possible que les bénéficiaires de l'ACS privilégient les professionnels de santé exerçant en secteur 1 ou les centres de santé pratiquant plus couramment des tarifs opposables, ce qui limite le montant du reste à charge. Le renoncement par les bénéficiaires de l'ACS à certains soins engendrant des restes à charge élevés pourrait également être envisagé. Toutefois, l'étude ne permet pas de vérifier ces hypothèses.

Un travail complémentaire, à partir des taux de remboursement constatés dans l'enquête confrontés aux prix des prestations observés sur le marché, montre également que pour un foyer composé de 4 personnes, le taux d'effort sur prestations peut facilement atteindre les deux tiers du taux d'effort global (taux d'effort sur le prix du contrat + taux d'effort sur prestations).

D'ores et déjà, une expertise complémentaire est envisagée, visant à affiner les premiers résultats obtenus.

La FFSA pour sa part souligne l'intérêt de limiter le reste à charge des assurés en vue de les fidéliser et / ou d'obtenir de nouvelles souscriptions. Elle insiste à cet égard sur l'importance des réseaux soins mis en place par les assureurs notamment dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèses, là où les restes à charge sur prestations peuvent être très importants. *« Ces réseaux permettent de baisser les tarifs en optique, de 30 à 40 % sur les verres et de 10 % au minimum sur les montures, de 20 % pour les prothèses dentaires et de 40 % pour les audioprothèses ». « Ils permettent aussi d'introduire des contreparties en termes de qualité de service et prévoient toujours une offre dite « 1^{er} prix » de qualité comparable mais sans marque, limitant, voire annulant (selon le niveau de garantie souscrit) le reste à charge pour les assurés ».*

L'effet des réseaux sur la maîtrise du prix des prestations a été reconnu par la Cour des comptes.

La loi Fourcade (loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) telle que votée autorisait, par son article 54, les réseaux de soins des mutuelles et devait permettre aux assurés de bénéficier de meilleurs remboursements en consultant des professionnels intégrés aux réseaux, plaçant ainsi les mutuelles sur un pied d'égalité avec les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Le Conseil Constitutionnel a censuré cette disposition, considérant que cet article, et toute une série d'autres, comme un « cavalier législatif ». Le gouvernement, plutôt favorable à cette mesure, devra trouver un nouveau véhicule législatif.

Piste de travail : Poursuivre et approfondir l'étude sur le RAC sur prestations conduite dans le cadre de l'enquête annuelle sur l'ACS en vue de sensibiliser les OC sur cette question. Lancer des études spécifiques auprès d'OC volontaires visant à appréhender le RAC global supportés par les bénéficiaires de l'ACS.

2.3. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C

La problématique des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C reste l'un des sujets récurrents des rapports d'évaluation de la loi CMU.

Ce terme 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.

Allant à l'encontre de l'esprit de la loi dont l'objectif est l'accès des plus pauvres au système de santé de droit commun, ce sujet des refus des soins a fait l'objet de divers rapports, testings, propositions dont les effets restent encore très limités.

2.3.1. Définitions et résultats des actions mises en œuvre

2.3.1.1. Les refus de soins révélés au travers des testings

Dès 2002, l'association Médecins du Monde dénonce les refus de soins dont font l'objet les bénéficiaires de la CMU et l'AME (l'enquête téléphonique réalisée auprès de 230 dentistes libéraux avait conclu à un taux de refus des bénéficiaires de la CMU-C de 35,3 %). En 2006, le Fonds CMU rend public un testing destiné à évaluer les réactions des professionnels de santé vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU-C. Cette étude, réalisée dans le Val-de-Marne, fait apparaître un taux de refus de 40 % pour les médecins spécialistes de secteur 2 et les dentistes.

À la demande du ministre de la santé Xavier Bertrand, Monsieur Jean-François Chadelat (Inspecteur général des affaires sociales et directeur du Fonds CMU) remet un rapport faisant des préconisations pour faire disparaître les refus de soins.

Treize propositions sont issues de ce rapport, la première d'entre elle est l'introduction par un article de loi de la faculté de sanctionner les professionnels de santé pratiquant des refus de soins. Ce rapport préconise en outre, une implication effective des ordres dans l'identification des refus de soins et la mise en œuvre des sanctions ; l'autorisation de la saisine des ordres par les particuliers et les associations ; de doter les caisses d'assurance maladie d'un pouvoir de sanctions financières ; de mobiliser la CNAMTS et les CPAM dans la recherche et le signalement des refus de soins ; de développer une politique active des caisses pour suivre les déclarations de médecin traitant à chaque ouverture ou renouvellement de la CMU-C.

Plusieurs propositions seront mises en œuvre et ce rapport conduira également à la revalorisation des forfaits dentaires par arrêté ministériel du 30 mai 2006 (les forfaits des prothèses sont revalorisés de 30 %).

Les autres usagers de l'Assurance Maladie peuvent également adresser à leur caisse leurs réclamations portant sur leurs difficultés d'accès aux soins. Ces signalements sont alors traités en première intention par le service réclamations puis, si nécessaire, par le conciliateur.

Néanmoins, les refus de soins persistent et sont de nouveau mis en lumière en 2009. À l'occasion de la publication de son 4^{ème} rapport d'évaluation, le Fonds CMU a commandé à l'IRDES, un nouveau testing. Réalisé à Paris, en fin d'année 2008, auprès de 861 professionnels (médecins et dentistes). Cette étude a mis en évidence un taux de refus de soins de près de 25 %. Les refus apparaissent majeurs en gynécologie, ophtalmologie et en soins prothétiques.

La même année, le CISS (Collectif interassociatif sur la santé), publie les résultats d'un testings réalisé dans onze villes, concernant les spécialistes exerçant en secteur 2, le taux de refus de soins ressort à 22 %.

Ces rapports ont le mérite d'avoir permis des avancées législatives et réglementaires, mais, malgré un cadre juridique un peu plus étoffé, les refus de soins restent un sujet prégnant mais paradoxalement difficilement quantifiable en dehors des testings compte tenu des rares signalements qui sont remontés.

2.3.1.2. Le cadre juridique de la lutte contre les refus de soins renforcé par la loi HPST

Le sujet des refus de soins a été au cœur des débats de la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) du 21 juillet 2009, l'exposé des motifs du projet de loi HPST affirmait la volonté du gouvernement de s'attaquer à ce problème et de donner les moyens aux différents acteurs du dispositif de faire cesser ces pratiques. Le projet de loi prévoyait dans sa rédaction initiale des sanctions pécuniaires pour les professionnels de santé en cas de refus de soins et un renversement de la charge de la preuve permettant au patient victime d'un refus de présenter les faits qui selon lui constituent une discrimination, le médecin devant prouver que ces faits ne sont pas liés à une discrimination.

Il avait été également proposé d'attribuer une valeur probante aux testings.

La discussion parlementaire a privilégié une procédure de conciliation dans le cadre d'une commission mixte, avant toute sanction.

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.

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 ordinaire 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 ordinaire 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.

Les modalités d'application de ces articles devaient être précisées dans un décret qui n'est pas paru à ce jour.

2.3.1.3. La mise en œuvre de la lutte contre les refus de soins

L'action des caisses d'assurance maladie

En 2008, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, a publié une circulaire (circulaire CNAMTS CIR-33/2008 du 30 juin 2008) dont l'objectif est de déterminer les modalités de prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU-C, et également par les professionnels de santé afin de tenter d'identifier et d'éradiquer les facteurs potentiellement générateurs de refus de soins et favoriser la compréhension réciproque et le respect des droits et des devoirs de chacune des parties.

Cette circulaire diffusée après concertation avec le Conseil de l'Ordre des médecins, le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et des différents partenaires, dont les représentants de la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité), propose une définition des refus de soins aux conciliateurs locaux des caisses primaires d'assurance maladie qui se voient confier un rôle pivot dans le traitement des réclamations liées aux refus de soins. Un suivi statistique, remonté semestriellement à la mission conciliation de la Caisse nationale, est mis en place pour recenser le nombre de signalements et les actions engagées au niveau local.

La publication de cette circulaire a suscité de vives réactions du COMEGAS (Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins), qui a saisi la HALDE et demandé que soit reconnu le caractère discriminatoire et inégalitaire de la circulaire et de la lettre aux médecins, soulignant le caractère consternant d'une situation amenant des professionnels de santé à porter plainte contre des assurés pour tenter de régler ce qui ne sont que des difficultés relationnelles.

Dans la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAMTS pour la période 2010-2013, la lutte contre les refus de soins est inscrite comme l'un des objectifs. Notamment, la CNAMTS indique qu'elle devra s'assurer, en association avec les Conseils de l'Ordre, que les signalements adressés sont systématiquement traités.

L'action des ordres

Les ordres des professionnels de santé se sont souvent vus reprocher d'être insuffisamment actifs dans la lutte contre les refus de soins. Suite aux nombreuses études parues sur le sujet, ils ont renforcé, auprès des professionnels de santé, l'information relative à leurs obligations déontologiques.

Par circulaire du 11 juillet 2008, le Conseil national de l'ordre des médecins a rappelé aux conseils départementaux leur nécessaire implication dans la gestion locale avec les caisses d'assurance maladie, des incidents relatifs aux refus de soins.

Au cours de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 23 octobre 2008, le Docteur Legmann avait déploré que les plaintes déposées auprès des CPAM ne soient pas systématiquement adressées aux conseils départementaux. Selon lui, la loi HPST devrait permettre une meilleure circulation de l'information.

L'action des associations

En étant au plus proche du terrain, les associations sont bien souvent le premier point d'entrée de témoignages de patients signalant des difficultés à accéder aux soins, notamment du fait de refus.

Le CISS, la FNATH, l'UNAF ont émis des recommandations à l'occasion de la publication d'un testing rendu public en mai 2009 et mis notamment en lumière des cas de refus de soins opposés à des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance.

Des modèles de lettre permettant de saisir les instances compétentes pour signaler un cas de refus de soins ont été mis à disposition sur le site internet du CISS.

Par ailleurs, le mouvement ATD Quart Monde et Médecins du Monde ont également contribué à dénoncer les situations de refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, mais également aux bénéficiaires de l'AME.

En outre, un tableau de bord commun à plusieurs associations permettant la transmission d'informations relatives aux refus de soins mais également aux renoncements aux soins et au non recours aux droits est en cours de réalisation à l'initiative du Fonds CMU.

Proposition : Préciser la mission des conciliateurs locaux, en l'absence de publication du décret d'application de la loi HPST. Développer au niveau local des observatoires rassemblant professionnels de santé et associations afin de signaler les situations de refus de soins.

2.3.1.4. Le bilan des signalements de refus de soins

Le bilan des caisses d'assurance maladie

Pour 2010, la mission conciliation de la CNAMTS a recensé 632 saisines d'assurés, soit 151 % de plus qu'en 2009. Les motifs principaux de saisine sont le dépassement d'honoraires (29,4 %), le refus de tiers-payant (26,9 %), le refus de prise en charge CMU-C (25,4 %), un nouveau motif de saisine des conciliateurs a été relevé en 2010, le refus de devis, il concerne 27 cas (4,3 %).

L'analyse des signalements enregistrés entre 2009 et 2010, soit 883 cas, montre que 27,60 % des professionnels de santé mis en cause sont des dentistes, 26,61 % des spécialistes (gynécologues, ophtalmologistes, dermatologues, radiologues ...), 22,88 % des médecins généralistes, 22,91 % sont d'autres types de professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens, podologues, masseurs kinésithérapeutes...)

Dans 92 % des cas, le traitement des saisines par le conciliateur a permis de trouver une issue favorable : orientation dans le système de soins et prise en charge de ces patients.

Par lettre d'information aux médecins, la CNAMTS avait annoncé en 2008, sa volonté d'analyser l'activité des 5 % des professionnels de santé recevant le moins de bénéficiaires de la CMU-C, afin de comprendre les déterminants susceptibles de favoriser l'accès aux soins. Des plans d'actions locaux ont été élaborés, mais aucun bilan ne peut en être tiré pour ces deux dernières années.

A fin 2010, le RSI dénombrait 8 signalements de refus de soins.

La MSA, ne recense elle, aucun refus de soins pour l'année 2010, elle explique cette absence de signalements par plusieurs hypothèses : les rapprochements opérés avec les réseaux de délégués des élus locaux MSA, l'orientation rapide des bénéficiaires de la CMU-C vers les services compétents ainsi que l'amélioration des relations avec les professionnels de santé.

Le bilan du Conseil national de l'Ordre des médecins

Sollicité dans le cadre du rapport d'évaluation, le Conseil national de l'Ordre des médecins a interrogé tous les conseils régionaux ainsi que 20 conseils départementaux afin de connaître leurs actions concernant les refus de soins.

A été considéré comme un refus de soins le fait de refuser un rendez-vous ou une consultation au motif que le patient est bénéficiaire de la CMU-C ; le fait de ne pas appliquer le tiers-payant ou le fait de demander un dépassement d'honoraires.

Au niveau des conseils régionaux, depuis 2009, 15 affaires ont été jugées, 5 ont donné lieu à une sanction. A ce jour, 9 affaires sont en cours.

Au niveau national, la Chambre disciplinaire nationale a eu à connaître, pour la période 2009-2010, 4 affaires relatives à un refus de soins opposé à un bénéficiaire de la CMU-C ou au comportement d'un médecin pouvant s'assimiler à un refus de soins.

Sur ces 4 affaires, une plainte a été rejetée, un blâme, un avertissement et une interdiction d'exercer la médecine pendant trois mois dont un mois avec sursis ont été prononcés.

Pour la même période, la Section des assurances sociales du Conseil national a eu à connaître d'une affaire et prononcé une sanction.

20 conseils départementaux ont été sollicités, 9 ont indiqué n'avoir reçu aucune plainte. Les autres ont mené une conciliation avec les médecins mis en cause (y compris en l'absence du décret d'application de l'article 54 de la loi HPST).

A l'issue des conciliations ou suite aux explications reçues du médecin, la plupart des patients n'ont pas donné suite à leur plainte initiale. Les plaintes maintenues ont été transmises à la Chambre disciplinaire de 1^{ère} instance du conseil régional de l'Ordre des médecins compétent.

L'ordre relève que d'après les remontées des conseils départementaux ou régionaux, aucune CPAM n'a transmis d'informations à propos d'un refus de soins opposé à un bénéficiaire de la CMU-C. Pour deux conseils départementaux, ce sujet fait l'objet d'échanges réguliers avec les CPAM.

Un conseil départemental de l'Ordre a été saisi par une association, l'affaire est toujours en cours.

Le Conseil national a reçu directement 22 courriers qui ont été transmis aux conseils départementaux compétents. Globalement, les conseils départementaux ont été faiblement sollicités sur ce sujet (de 1 à 10 fois par an).

Le bilan du Conseil national de l'Ordre chirurgiens-dentistes

L'ordre national des chirurgiens-dentistes a consulté l'ensemble des Conseils départementaux, régionaux et interrégionaux. Aucune plainte n'a été recensée. Des signalements sont ponctuellement adressés aux Conseils départementaux. Des réunions ont été organisées localement entre les différents acteurs, visant essentiellement à faciliter les rapports entre bénéficiaires et praticiens.

Piste de travail : Renforcer la mobilisation de l'ensemble des acteurs dans le signalement et le suivi des refus de soins, afin de pouvoir objectiver le phénomène et ainsi développer les outils efficaces pour le réduire.

2.3.2. Un nouveau testing sur les refus de soins en milieu rural

La lettre ministérielle missionnant le Fonds CMU pour réaliser le cinquième rapport d'évaluation de la loi CMU demandait qu'une attention particulière soit portée sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C.

Le Fonds CMU a donc commandé à l'IRDES un nouveau testing.

Particularité importante : alors que les précédentes enquêtes avaient été réalisées sur des terrains franciliens, celle présentée dans le cadre du présent rapport d'évaluation concerne le milieu rural (le rapport complet sera disponible sur le site du Fonds CMU).

2.3.2.1. La problématique et la méthodologie

Les remontées du terrain (acteurs locaux) actuelles laissent penser que les refus de soins sont rares en milieu rural. Il nous a semblé intéressant de vérifier cette hypothèse.

La question qui se pose en termes de recherche est la suivante : *les bénéficiaires de la CMU-C vivant en milieu rural rencontrent-ils des difficultés pour obtenir un rendez-vous auprès d'un praticien (médecin, dentiste, professionnel paramédical) en lien avec des refus ou des délais de rendez-vous longs ?*

Explorer l'accès aux soins des habitants des zones rurales amène à considérer l'offre aux alentours, incluant donc aussi des professionnels urbains, notamment en ce qui concerne l'accès secondaire (spécialistes). Des considérations supplémentaires peuvent s'ajouter aux difficultés des bénéficiaires de la CMU-C, notamment leurs difficultés à se déplacer, difficulté qu'ils partagent éventuellement avec d'autres groupes, comme les personnes âgées, des délais de rendez-vous extrêmement longs de certains spécialistes dans le cadre d'une raréfaction de l'offre dans les départements ruraux.

S'agissant de la notion de ruralité, l'IRDES a retenu dans le cadre de cette étude les zones telles qu'elles sont définies par l'INSEE. Par ailleurs, l'échelle du département est apparue comme la bonne dimension pour des raisons statistiques.

Le choix des deux départements s'est fondé sur les critères suivants : une proportion notable d'espace rural (de manière à pouvoir être qualifié de rural) avec des villes moyennes et éventuellement des problématiques spécifiques au milieu rural (éloignement de l'offre de soins, raréfaction, « désert médical »), une proportion non négligeable de bénéficiaires de la CMU-C et une bonne caractérisation de l'offre.

Les départements retenus ont été la Nièvre et l'Orne, chacun de ces départements étaient caractérisés par une distribution spatiale différente des pôles urbains (un grand pôle pour la Nièvre, plusieurs pôles moyens pour l'Orne).

Les principes méthodologiques construits lors des précédentes expériences ont été repris dans le cadre de cette étude, à savoir : une procédure de double appel mais qui a été systématisée pour recueillir des délais de rendez-vous pour l'ensemble des usagers (bénéficiaires ou non de la CMU-C), l'élaboration d'un scénario crédible (CMU-C et non-CMU-C) et d'un script anticipant l'ensemble des questions possibles.

2.3.2.2. Les professionnels de santé testés

De nouvelles spécialités médicales ont été introduites, ainsi qu'une nouvelle catégorie de professionnels de proximité : les masseurs kinésithérapeutes.

Les catégories suivantes ont donc été testées :

- praticiens de proximité : médecins généralistes et dentistes, kinésithérapeutes,
- médecins spécialistes d'accès direct : gynécologues, ophtalmologues, psychiatres,
- médecins spécialistes dans le parcours de soins : cardiologues, gastro-entérologues.

La sélection des professionnels de santé à enquêter s'est appuyée sur une méthode d'échantillonnage aléatoire, à partir du fichier ADELI 2010²⁷.

2.3.2.3. Les résultats

Au total, ce sont 886 appels qui ont été réalisés auprès de plus de 400 médecins, dentistes et kinésithérapeutes.

²⁷ La base ADELI du Ministère de la Santé a été retenue car elle permet de disposer de certaines informations essentielles (âge, sexe, spécialité, mode d'exercice, exercice seul ou en groupe...) pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant dans les territoires retenus pour l'étude, à savoir la Nièvre et l'Orne et surtout permet de rattacher les communes d'exercice aux codes INSEE permettant la caractérisation rural/urbain.

Tous scénarios confondus (CMU-C et non-CMU-C), environ 12 % des demandes de consultation effectuées ne peuvent pas donner suite à une prise de rendez-vous ou une acceptation de soins. Ce taux brut varie fortement selon la nature de la profession médicale et le département concerné : il est nul ou très faible chez les kinésithérapeutes, marginal chez les spécialistes dans la Nièvre (seulement 2 cas de refus) alors qu'il est plus significatif dans l'Orne (8 cas de refus). On constate des taux bruts entre 11 et 14 % chez les généralistes et autour de 24 % chez les dentistes.

Bilan (brut) des refus de consultations

		Nb total d'appels	Nb total de refus de consultation	% de refus de consultation
Nièvre	MG	176	24	13.6%
	Spécialistes	88	2	2.3%
	Dentistes	88	20	22.7%
	Kinés	94	4	4.3%
	Ensemble Nièvre	446	50	11.2%
Orne	MG	212	23	10.8%
	Spécialistes	58	8	13.8%
	Dentistes	82	20	24.4%
	Kinés	88	0	0.0%
	Ensemble Orne	440	51	11.6%

Sources : IRDES

Le tableau suivant présente les taux pondérés (par le poids de sondage théorique²⁸) de « refus de consultation », par profession médicale et selon le scénario utilisé lors de l'appel. Ainsi, on mesure le nombre et le taux de refus dans les deux scénarios du protocole.

Enfin, une analyse différentielle des refus constatés entre le scénario CMU-C et le scénario « patient standard » permet de mesurer un « taux de refus imputable à la CMU-C » : il s'agit d'une estimation de la proportion de patients auxquels on a refusé une consultation en raison de leur statut de bénéficiaire de la CMU-C. Il s'agit donc d'un taux de discrimination.

²⁸ Ici, ce sont les taux et poids de sondage théoriques, c'est-à-dire calculés *a priori* lors de l'échantillonnage, qui sont utilisés. Une validation ultérieure devra être menée en utilisant les poids de sondage réels, qui tiennent compte de manière effective des professionnels injoignables ou non enquêtés dans le protocole.

Taux de refus de consultations selon le scénario utilisé lors de l'appel

		Refus dans le scénario CMUc			Refus dans le scénario standard (non CMUc)			Taux de refus imputable à la CMUc
		Nb appels	Nb refus	%	Nb appels ^(*)	Nb refus	%	
Nièvre	MG	88	16	18.2%	88	8	9.1%	9.1%
	Spécialistes	44	1	2.3%	44	1	2.3%	0.0%
	Dentistes	44	13	29.5%	44	7	15.9%	13.6%
	Kinés	47	2	4.3%	47	2	4.3%	0.0%
	Ensemble Nièvre	223	32	14.3%	223	18	8.1%	6.3%
Orne	MG	106	12	11.3%	106	11	10.4%	0.9%
	Spécialistes	29	4	13.8%	29	4	13.8%	0.0%
	Dentistes	41	11	26.8%	41	9	22.0%	4.9%
	Kinés	44	0	0.0%	44	0	0.0%	0.0%
	Ensemble Orne	220	27	12.3%	220	24	10.9%	1.4%
Ensemble Nièvre + Orne		443	59	13.3%	443	42	9.5%	3.8%

L'analyse réalisée permet de différencier nettement les comportements des professionnels de soins entre les deux départements. En effet, aucun phénomène de refus de soins spécifique envers les patients à la CMU-C ne peut être mis en évidence dans l'Orne : les taux de refus imputables à la CMU-C ne peuvent pas être considérés comme significatifs d'un point de vue statistique pour aucune des professions médicales enquêtées.

Dans la Nièvre, le fait de prendre un rendez-vous en précisant son statut de CMU-C ne génère aucun refus de soins supplémentaire chez les médecins spécialistes et les kinésithérapeutes. Seuls les médecins généralistes (9,1 %) et les dentistes (13,6 %) refusent significativement plus les patients à la CMU-C que les autres.

Parallèlement, cette analyse met en évidence la fréquence assez élevée à laquelle les praticiens « refusent » la consultation pour la population générale. En effet, les taux de refus non imputables à la CMU-C sont importants, chez les dentistes (16 % et 22 %) et les généralistes : dans 10 % des cas, il n'est pas possible de consulter le généraliste sollicité.

Cette constatation traduit sans doute en partie un engorgement de l'offre de soins primaires notamment, dans ces zones rurales sous-dotées en médecins libéraux.

En effet, parmi les motifs de « refus » cités, les secrétaires médicaux font souvent état, lors de l'échange téléphonique, du fait que le médecin ne prend pas de nouveau patient en raison d'une surcharge de travail.

Les modélisations confirment que le scénario utilisé a un impact, faible mais significatif (à 10%), sur le refus de consultation. Toutes professions médicales confondues, une demande de rendez-vous a 1,5 fois de chance d'être refusée lorsque l'on est à la CMU-C. Ainsi, même si le niveau brut de discrimination envers les patients à la CMUc est faible, cette situation majore tout de même légèrement le risque de ne pas avoir accès à l'offre de soins. Par ailleurs, les différences entre département ne sont pas significatives. Par contre, le lieu d'exercice du professionnel a une influence sur la probabilité de se voir opposer un refus : les refus sont 2,4 fois moins nombreux dans les zones et communes rurales que dans les zones urbaines²⁹.

Le dernier élément d'analyse intéressant concerne les délais d'obtention des rendez-vous. Ces derniers sont de l'ordre de 2 à 4 jours en moyenne chez les généralistes, ce qui constitue des durées relativement élevées pour un recours en soins primaires. La médiane est toutefois située à 1 jour pour les généralistes, la forte dispersion pouvant s'expliquer par les délais longs imputables aux périodes de congés. Obtenir un rendez-vous chez le dentiste prend plus de temps dans l'Orne (environ 47 jours) que dans la Nièvre (entre 28 et 35 jours selon le scénario employé). Enfin, les délais de rendez-vous chez les spécialistes excèdent 60 voire 70 jours selon les cas.

On note peu de différences dans les délais de rendez-vous entre scénarios CMU-C et non-CMU-C dans l'Orne. Une différence de 2,4 jours (8,4 contre 6) est toutefois observée chez les kinésithérapeutes (différence non significative à 95 %). Dans la Nièvre, on observe une différence moyenne de 7 jours chez les dentistes. Enfin, et de façon totalement contre-intuitive, une différence de 10 jours en moyenne dans l'obtention d'un rendez-vous auprès des spécialistes de la Nièvre apparaît, mais en faveur des patients à la CMU-C qui, dans l'échantillon, obtiendraient une consultation plus rapidement que les autres. Ce constat paradoxal demande à être clarifié par des éléments de contexte qui pourrait expliquer cet écart. Les appels ont été plus souvent réalisés en commençant par le scénario CMU-C et le créneau est donc rendu indisponible tant que le rendez-vous n'a pas été annulé (le lendemain en général) ; cet aspect méthodologique peut, en partie, expliquer ces délais supérieurs.

Alors que le phénomène de refus de soins est très faible dans les deux départements enquêtés, ce testing met en évidence le problème de l'offre de soins sur le territoire. L'inéquitable répartition des médecins entre les régions de France participe aux difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires en situation de précarité.

Proposition : Intégrer le problème de la désertification médicale dans les réflexions actuelles sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C.

²⁹ Le résultat présenté ici se base sur un découpage selon la typologie ZAU, mais les résultats sont similaires si on utilise la typologie TUU qui couple niveau d'urbanisme et taille de la commune.

3. FACILITER L'ACCES AUX DROITS ET A TOUS LES SOINS DES PERSONNES DEMUNIES

3.1. Analyser les causes du non recours

Deux études récentes ont permis d'approfondir la notion de non recours à la CMU-C et l'ACS. A l'origine, dans les deux cas, un courrier de sensibilisation sur le dispositif ACS a été adressé à des bénéficiaires potentiels. Le but était notamment de mesurer les effets d'une action de repérage et d'information en termes d'accès à une complémentaire santé aidée ou gratuite et de comprendre les raisons qui peuvent conduire les bénéficiaires potentiels à ne pas entreprendre les démarches nécessaires.

3.1.1. Les études existantes pour expliquer ce phénomène

1) Étude avec la CPAM de Lille³⁰

La première étude, menée par l'Université de Paris Dauphine, avec le soutien du Haut Commissariat aux Solidarités actives, et en partenariat avec la CPAM de Lille, la CAF de Lille et l'IRDES, a été initiée au début de l'année 2009.

Cette étude 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 répartie aléatoirement en 3 groupes.

Dans le premier groupe, les bénéficiaires potentiels ont été invités par courrier à déposer leur demande d'ACS.

Dans le deuxième groupe, les bénéficiaires potentiels ont été destinataires d'un courrier similaire mais avec une proposition de chèque santé majoré³¹ (aide supplémentaire financée sur les fonds d'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie).

³⁰ 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.

Dans le troisième groupe, les bénéficiaires potentiels se sont vu proposer la même majoration du chèque santé avec un accompagnement social (invitation à une réunion d'information à la caisse d'assurance maladie de Lille).

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 assez modeste de 17 %.

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette expérience :

- Un effet très faible de la majoration du chèque santé

Dans le groupe 1, 16 % ont retourné un dossier complet contre 18,6 % pour le groupe 2. On note étonnamment que la sensibilité au prix est similaire parmi les assurés sociaux initialement bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé alors que l'ACS constitue pour eux un effet d'aubaine. On peut supposer que cela s'explique par l'imparfaite compréhension du dispositif et de l'information contenue dans les courriers.

- Un ciblage difficile des bénéficiaires potentiels

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. En outre, et partant de ce constat, le coût des démarches à entreprendre est sensiblement renforcé par la faible probabilité de succès.

- Une difficulté de faire passer des messages par courrier

De manière peu attendue, l'invitation à la réunion a plutôt inhibé les personnes n'y ayant pas participé. L'hypothèse est que les personnes ont pensé que la réunion était obligatoire 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 tiers (associations, mutuelles, assistantes sociales) pour diffuser l'information.

Toutefois, et c'est assez 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.

En conclusion de cette étude, il ressort que l'ACS est un dispositif complexe qui touche difficilement sa cible. La majoration du chèque santé ne semble avoir qu'un impact très limité sur le taux de recours au dispositif. L'étude souligne qu'il est cependant probable que cette majoration aurait des répercussions à plus long terme « *en complémentarité avec la lente diffusion de l'information* ».

³¹ 100 à 175 euros pour les moins de 25 ans, 20 à 350 euros entre 25 et 59 ans, 400 à 650 euros pour les 60 ans et plus

Les bénéficiaires d'une complémentaire santé ne répondent pas de manière significativement différente aux non bénéficiaires, ce qui 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 à l'information, du coût et de la difficulté des démarches, l'incertitude pesant sur l'éligibilité étant un facteur aggravant.

2) Étude avec la CPAM de Digne³²

Une étude a été menée conjointement par la CPAM des Alpes de Haute-Provence et l'ODENORE³³ 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 (*devenue RSA socle majoré depuis juin 2009*).

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.

Parmi ces répondants :

- 36 % ont obtenu l'ACS légale,
- 23 % ont obtenu une aide ACS locale,
- 10 % ont bénéficié de la CMU-C,
- 31 % ont déclaré des ressources trop élevées et n'ont pu bénéficier d'aucune de ces trois prestations.

Comparativement à d'autres démarches analogues menées par des caisses primaires, en particulier 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 %), l'étude souligne que cette action a conduit à de bons résultats avec un retour de 25 %, et, pour les personnes concernées, une aide obtenue dans 70 % des cas.

Au regard de cette expérience, *« 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 »*.

³² Une action d'information pour accéder à la CMU-C ou à l'ACS - Odenore-CPAM des Alpes de Haute Provence - Mars 2011

³³ ODENORE : Observatoire des non recours aux droits et services

2 926 personnes n'ont pas répondu au courrier de juillet 2009, soit 75 % de la population ciblée par la CPAM. Une nouvelle requête, effectuée un an après auprès des personnes concernées, a toutefois permis d'identifier l'existence d'une complémentaire santé pour 65 % d'entre eux.

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 % indiquent 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 % 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), 29,5 % pensaient que leurs ressources étaient trop élevées pour être éligibles, 46,4 % n'ont pas prêté attention au courrier, 15,8 % disent ne pas l'avoir compris.

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.

On notera également que plus de la moitié des répondants au questionnaire déclare un reste à vivre situé entre 100 et 200 €, le reste à vivre le plus bas se situant parmi ceux ayant eu la possibilité d'accéder à la CMU-C et l'ACS.

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'existence de « relais informationnels ».

3) Les enseignements communs à tirer de ces deux études

Plusieurs enseignements découlent de ces deux études et confirment les constats effectués jusqu'à présent :

La communication par écrit même si elle s'avère utile, est un exercice délicat pour atteindre la population cible et ce alors même qu'on traite d'un dispositif peu connu, contrairement à la CMU-C. Un taux de retour situé autour de 15 % doit être attendu au regard des expériences conduites à ce jour.

En outre, la définition d'une population cible est difficilement réalisable compte tenu de l'étroitesse de la plage des revenus pour obtenir l'ACS (taux de refus de 45 % dans la première étude, de 31 % dans la seconde) ; ensuite, le nombre de refus attendus diminue d'autant l'efficacité du courrier d'information.

Il existe encore certainement un nombre non négligeable de personnes couvertes par un contrat de couverture complémentaire santé et éligibles au dispositif, qui pourtant ne font pas valoir leur droit faute de connaître son existence. Sur cette question, on retiendra des initiatives d'OC citées par les fédérations (FFSA, FNMI, FNMI), en particulier, le ciblage centré sur les personnes en difficultés de paiement ou ayant recours au service social (FNMI). La FNMI cite également des mutuelles procédant à un ciblage en fonction de la nature du contrat souscrit ou à partir de la situation familiale (famille monoparentale, retraités isolés ...).

Outre les brochures de présentation du dispositif mises à disposition du public par les OC, les informations sur les décomptes de remboursement ou lors de messages téléphoniques d'attente, la formation des agents d'accueil s'avère indispensable pour déceler et informer les publics potentiels.

Les bénéficiaires potentiels non titulaires d'un contrat sont par définition les moins bien insérés socialement et les conduire à utiliser leur droit est un exercice très compliqué du fait des barrières sociales à franchir et eu égard à la complexité du fonctionnement du dispositif ACS. Une seule communication par écrit en direction de ces populations s'avère insuffisant d'où l'importance des travailleurs sociaux à ce niveau.

Compte tenu de ces éléments, la proposition consistant à inciter davantage les organismes complémentaires à communiquer en direction des bénéficiaires potentiels de l'ACS, présents dans leurs portefeuilles d'assurés, doit être réaffirmée.

3.1.2. Lien entre CMU de base et CMU-C

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

Les bénéficiaires du RSA socle affiliés à la CMU de base au titre du régime 806 peuvent bénéficier de la CMU-C sans examen de leurs ressources.

En métropole, le nombre de bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 806 ayant fait valoir leurs droits à la CMU-C est passé de 716 219 en juin 2009 à 1 089 563 en décembre 2010. Pour l'exercice 2010, la progression de ces bénéficiaires est de + 26,8 %, là où la progression des effectifs de la CMU-C est de 4,5 %.

La part des bénéficiaires de la CMU-C en lien avec le RSA socle, par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C, est passée de 21,6 % en juin 2009 à 32 % en décembre 2010. Pour l'exercice 2010, la progression de cette part est de 5,6 points.

L'évolution des effectifs globaux de la CMU-C a donc été très largement soutenue par l'évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU de base au titre du RSA socle qui ont fait valoir leurs droits à la CMU-C.

Évolution des effectifs de la CMU de base au titre du régime 806, de la CMU de base au titre du régime 806 avec CMU-C, de la CMU-C, métropole, juin 2009 à décembre 2010

	30/06/2009	31/12/2009	30/06/2010	31/12/2010	Évolution Déc 2009 / Déc 2010
CMU-B 806	1 063 544	1 240 796	1 336 314	1 423 641	14,7%
CMU-B 806 avec CMU-C	716 219	859 549	949 930	1 089 563	26,8%
Effectifs CMU-C	3 316 332	3 252 198	3 341 877	3 399 679	4,5%
Pourcent CMU-B 806 avec CMU-C / Effectifs CMU-C	21,6%	26,4%	28,4%	32,0%	5,6%

Source : CNAMTS

Cette forte évolution ne concerne pas les Dom, pour lesquels on constate juste une évolution de 2,1 points du pourcentage des effectifs des bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 806 avec CMU-C par rapport à l'ensemble des effectifs de la CMU-C.

Évolution des effectifs de la CMU de base au titre du régime 806, de la CMU de base au titre du régime 806 avec CMU-C, de la CMU-C, dans les Dom, juin 2009 à décembre 2010

	30/06/2009	31/12/2009	30/06/2010	31/12/2010	Évolution Déc 2009 / Déc 2010
CMU-B 806	246 078	254 889	253 262	244 350	-4,1%
CMU-B 806 avec CMU-C	175 230	181 137	181 210	191 698	5,8%
Effectifs CMU-C	560 056	543 295	549 188	540 446	-0,5%
Pourcent CMU-B 806 avec CMU-C / Effectifs CMU-C	31,3%	33,3%	33,0%	35,5%	2,1%

Source : CNAMTS

La montée en charge du dispositif d'aide au remplissage des dossiers de demande de CMU-C dans les CAF, lors du dépôt de demande de RSA socle, ne peut pas encore être corrélée à la progression des effectifs de la CMU de base au titre du RSA socle ayant fait valoir leurs droits à la CMU-C. En effet, d'une part le RSA a été mis en place en juin 2009 avec une montée en charge progressive et, d'autre part, l'aide au remplissage des dossiers de demande de CMU-C dans les CAF n'a pas été effective immédiatement, et n'a pas encore été pleinement développée, pour différentes raisons techniques.

3.1.2.2. La baisse du non recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806

Le non recours à la CMU-C, pour les bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 806 est passé de 32,7 % en juin 2009 à 23,5 % fin décembre 2010 en métropole. Il a régressé de 7,3 points, de décembre 2009 à décembre 2010. Cette baisse se retrouve dans les mêmes proportions dans les Dom. Cette nette régression peut être mise en rapport avec les actions mises en œuvre par les caisses en faveur de l'accès aux droits des personnes les plus défavorisées.

Évolution du non recours à la CMU-C, pour les bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 806, métropole, de juin 2009 à décembre 2010

	30/06/2009	31/12/2009	30/06/2010	31/12/2010	Évolution Déc 2009 / Déc 2010
CMU-B 806	1 063 544	1 240 796	1 336 314	1 423 641	14,7%
CMU-B 806 avec CMU-C	716 219	859 549	949 930	1 089 563	26,8%
CMU-B 806 sans CMU-C	347 325	381 247	386 384	334 078	-12,4%
Non Recours à la CMU-C	32,7%	30,7%	28,9%	23,5%	-7,3%

Source : CNAMTS

Évolution du non recours à la CMU-C, pour les bénéficiaires de la CMU de base au titre du régime 806, Dom, de juin 2009 à décembre 2010

	30/06/2009	31/12/2009	30/06/2010	31/12/2010	Évolution Déc 2009 / Déc 2010
CMU-B 806	246 078	254 889	253 262	244 350	-4,1%
CMU-B 806 avec CMU-C	175 230	181 137	181 210	191 698	5,8%
CMU-B 806 sans CMU-C	70 848	73 752	72 052	52 652	-28,6%
Non Recours à la CMU-C	28,8%	28,9%	28,4%	21,5%	-7,4%

Source : CNAMTS

ENCADRÉ 7 :

Une approche différente à travers l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C

A la demande du Fonds CMU, un programme de recherche sur l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C a été lancé en 2009 par le Centre de Recherche Michel de l'Hospital de l'Université d'Auvergne. Cette étude sociologique, dont la synthèse a été remise en septembre 2011 au Fonds CMU, met en lumière le rôle de l'accueil dans l'accès aux droits des bénéficiaires de la CMU-C.

Le présent encadré reproduit les grandes lignes des études ainsi réalisées.

Deux caisses d'assurance maladie ont participé à cette recherche : la CPAM de Seine-Saint-Denis et la CPAM du Puy-de-Dôme. Si la fréquentation des bénéficiaires de la CMU-C varie en fonction des sites, il s'avère que dans la plupart des centres, l'activité importante accroît la pression exercée sur les agents, augmentant régulièrement la durée d'instruction des dossiers mais également les tensions avec les usagers qui attendent.

Depuis quelques années, les CPAM connaissent des réorganisations profondes de leurs procédures et de leur fonctionnement. De nouvelles organisations du travail ont été introduites et de nouveaux outils de gestion du flux de la population et du travail des personnels ont été adoptés. Cette modernisation de l'Assurance maladie doit être resituée dans une tendance profonde et singulière de transformation des services publics visant à fonctionner non plus en termes de moyens mais en termes de performance. L'accueil des bénéficiaires de la CMU-C, comme de nombreux services des CPAM, doit dorénavant répondre à de multiples impératifs : un impératif de production (incarné le plus souvent par un respect des délais de traitement), un impératif de qualité de service et un impératif de contrôle lié à la gestion des risques.

Au cours de l'enquête, différents dispositifs d'accueil de bénéficiaires de la CMU-C ont été observés. Mais malgré des dispositifs innovants comme l'accueil sur rendez-vous, la création de visio-guichet, ou encore l'« accueil de proximité », de nombreuses limites ont été relevées liées principalement à la prégnance de la productivité dans l'activité.

La prise en charge de la CMU-C est perçue comme difficile par les agents. Soumis à un flux important de demandeurs, l'accueil est souvent vécu comme un espace de tensions où la misère, et parfois, la violence, jaillissent. Il ressort que le public apparaît souvent comme une menace et une contrainte à gérer.

Les personnels des CPAM ont souvent exprimé leur difficulté à se repérer, notamment au début de l'instauration de la CMU-C ou après leur recrutement pour les plus récemment entrés dans ces institutions, dans les procédures et les dossiers. L'absence de formation systématique relative à la gestion des situations précaires résulte d'un personnel déjà très sollicité et pour lesquels chaque nouveau recrutement permet de soulager la charge de travail sur cette activité. La formation se fait en partie sur le tas, au contact de collègues plus expérimentés ou des bénéficiaires eux-mêmes, ce qui expose tout de suite les agents aux difficultés inhérentes à l'accueil.

Ces divers éléments montrent que les agents des CPAM sont les principaux interlocuteurs lors des demandes de CMU-C mais qu'ils et elles sont dans des positions vulnérables qui peuvent avoir des conséquences directes sur les pratiques de travail et donc sur l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C.

3.2. Favoriser et promouvoir l'accès aux dispositifs

3.2.1. Les orientations stratégiques définies par les caisses nationales

1) Les axes stratégiques définis par les caisses nationales et les actions mises en place

Les engagements pluriannuels de branche et les actions mises en œuvre par les organismes d'assurance maladie pour faciliter l'accès aux soins et au système de santé des personnes démunies peuvent être recherchés dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) conclues entre l'État et chaque caisse nationale et les contrats pluriannuels de gestion (CPG) signés entre la caisse nationale et les caisses locales au travers de contrats pluriannuels de gestion (CPG).

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)

La COG entre l'État et la CNAMTS pour la période 2010-2013 a été signée le 27 octobre 2010. Les signataires s'engagent à « garantir l'accès aux soins des assurés et à réduire les inégalités de santé » tout en aidant les assurés « à être acteurs de leur santé ». Déclinée ensuite dans le projet d'entreprise de l'Assurance Maladie, l'accompagnement des assurés dans leur accès à la CMU-C et à l'ACS a été défini comme une priorité stratégique.

Le tableau ci-dessous synthétise les principales dispositions visant à faciliter l'accès aux soins et aux droits des bénéficiaires de la CMU de base, de la CMU-C et de l'ACS.

ENCADRÉ 8 :

La COG État/CNAMTS 2010-2013

OBJECTIF 1 : Faciliter l'accès aux droits
1. Prévenir les situations potentielles de rupture de droits
Assurer une continuité des droits en cas de changement de caisse et/ ou de régime.
Procéder à un réexamen systématique et un accompagnement des situations susceptibles de donner lieu à fermeture des droits (condition de résidence) ou à contribution financière (CMU de base).
2. Faciliter l'accès aux droits des publics fragiles
Garantir une offre de service de qualité pour la CMU-C et l'Aide Médicale de l'État.
Consolider des délais de traitement conformes à l'objectif COG.
Améliorer le recours à la CMUC chez les bénéficiaires du RSA socle.
3. Faciliter le recours à l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)
Mettre en place la dispense d'avance de frais sur la part prise en charge par l'Assurance Maladie pour les bénéficiaires de l'ACS.
Compléter le dispositif ACS en utilisant les leviers de la politique d'Action Sanitaire et Sociale (compléments financiers, limitation des effets de seuil...).
Agir en partenariat avec les Organismes Complémentaires
4. Construire un programme structuré d'accompagnement
Renforcer les partenariats : secteur associatif, missions locales comme relais d'informations pour l'identification des personnes en difficulté.
Porter une attention particulière à certaines populations qui ont des besoins spécifiques : les enfants, les étudiants, les personnes âgées, les publics fragiles...
Améliorer le repérage de l'origine professionnelle de certaines pathologies et informer les personnes de leurs droits
5. Poursuivre l'accompagnement par le service social
Réaliser des signalements systématiques (CPAM et service médical), pour favoriser des interventions précoces.
Utiliser le dispositif de l'ACS pour sensibiliser les publics en situation de précarité aux comportements et démarches de santé.

Objectif 2 : Favoriser l'accès au système de santé	
1. Prendre en compte la lutte contre les inégalités de santé dans les programmes de prévention	
Faciliter un accès précoce au système de soins des populations fragiles, grâce à des programmes de prévention.	
Développer l'Éducation Thérapeutique du patient chronique (diabétique...) éloigné du système de santé pour lui éviter des complications.	
Proposer les Examens de Santé aux populations les plus fragiles.	
2. Mobiliser tous les leviers pour l'accès aux soins des assurés les plus fragiles	
Poursuivre nos actions de promotion de la CMU complémentaire	
Accompagner les personnes en difficulté sanitaire dans leur recours au système de soins (information, parcours invalidité, recours aux œuvres de l'Assurance Maladie...)	
Mobiliser les aides financières des budgets d'Action Sanitaire et Sociale au profit des situations individuelles rendues difficiles par la maladie	
• Déployer l'offre re de services attentionnés du service social de l'Assurance Maladie dans le cadre des programmes nationaux	
3. Lutter contre les refus de soins	
Identifier les pratiques, les territoires ; informer les assurés et les professionnels de santé	
S'assurer du traitement exhaustif des plaintes	

L'axe gestion du risque prévoit que l'Assurance Maladie mettra en place un programme structuré permettant l'identification et l'information des populations n'ayant pas fait valoir leurs droits. Son objectif sera de réduire le taux de non recours aux dispositifs en développant des actions envers ces populations, en créant ou en renforçant des partenariats, en enrichissant les contacts avec la population concernée.

Il est également prévu que la CNAMTS développera des échanges d'information avec les institutions partenaires pour mieux identifier les bénéficiaires potentiels : CNAV, CNAF, Pôle Emploi, DGFIP.

L'Assurance Maladie s'engage également à maintenir des délais restreints pour le traitement des demandes de CMU-C/ACS.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie, souhaite favoriser l'accès aux soins des personnes les plus fragiles mais également limiter la fragilisation sociale notamment par la mobilisation de son service social. Les actions du service social de la CNAMTS prennent principalement trois formes : le dépistage des besoins d'action sociale par le biais des signalements systématisés émanant des caisses et du service médical, la proposition proactive d'offres de services attentionnés aux assurés, la proposition systématique de l'offre de service dans le cadre des programmes nationaux du service social de la branche.

Les premiers éléments de bilan sur ces objectifs prioritaires peuvent être appréhendés au travers de plusieurs actions mises en place par l'Assurance Maladie : les parcours attentionnés, la communication et l'information.

Le parcours attentionné CMU-C

Une lettre-réseau présentant l'offre de service attentionné pour faciliter l'accès à la CMU-C a été diffusée au réseau des caisses d'assurance maladie en juin 2009 (CNAMTS-LR-DDO-89/2009) et mise à jour en août 2010, faisant suite à l'entrée en vigueur du RSA.

L'offre de services s'articule autour de 3 axes :

- l'incitation des personnes éligibles dans l'accomplissement des démarches nécessaires pour l'obtention du droit à la CMU/C ou à l'ACS. Cette étape passe nécessairement par l'identification des bénéficiaires potentiels (développement de partenariats avec des organismes en contact avec les personnes en difficulté, envoi d'un courrier personnalisé et ciblé) ;
- l'instruction rapide de la demande ;
- l'amélioration des relations entre l'Assurance Maladie, les professionnels de santé et les bénéficiaires.

Pour promouvoir cette offre de services, un dépliant d'information à destination des assurés a été élaboré. Ce document explique le fonctionnement de la CMU-C et les réflexes à acquérir pour bénéficier du meilleur accès aux soins possible. Ces informations sont fournies sous une forme rédactionnelle classique mais également sous forme de pictogrammes pour faciliter la compréhension des personnes ayant des difficultés avec l'écrit. Cette plaquette a été réactualisée en août 2010 pour intégrer les évolutions liées au RSA. A fin octobre 2010, 45 % des CPAM ont déjà diffusé la nouvelle plaquette.

En ce qui concerne l'information des professionnels de santé, plusieurs supports ont été mis à la disposition de ces derniers : une plaquette et un mémo présentant le dispositif en rappelant les avantages des services proposés aux professionnels de santé comme la garantie de paiement inhérente aux feuilles de soins électroniques dans le cadre du tiers payant et la consultation des droits des patients accessible à partir d'Espace Pro et la création d'un carton de rendez-vous.

La mise en place du parcours a fait l'objet d'une évaluation organisée en deux temps : la première en octobre 2009 après l'entrée en vigueur du RSA et la deuxième en 2010 afin d'évaluer le niveau de déploiement de l'offre de services.

Il apparaît que cette offre a été déployée par 48,3 % des organismes en 2009 et 47 % en 2010, 4,5 % s'étaient déjà engagés dans une démarche d'aide avant 2009, soit un taux de déploiement à fin 2010 de près de 99 %.

Le ciblage des populations : 60 % des caisses ont déployé la requête d'identification des bénéficiaires potentiels de la CMU-C pour lesquels aucun organisme complémentaire n'était enregistré. Après exploitation et vérification des résultats, 41 % des caisses ont adressé un courrier d'incitation afin de remplir une demande de CMU-C (39 774 courriers ont été envoyés).

L'accueil et l'information des bénéficiaires : les caisses ont mis en place des organisations pour instruire immédiatement le dossier de demande de CMU-C. 53 % des organismes reçoivent les assurés sur rendez-vous, ce qui a représenté l'instruction de 183 950 dossiers.

La plaquette d'information à destination des assurés sur le fonctionnement de la CMU-C, les avantages et le bon usage du dispositif a été actualisée en août 2010. A fin octobre 2010, 44 % des organismes avaient diffusé la nouvelle plaquette.

L'information des professionnels de santé : 25 % des caisses ont mis en œuvre la diffusion des plaquettes d'information aux professionnels de santé et ont diffusé 42 157 documents. A noter que le mémo « La CMU-C en pratique » est disponible sur Ameli.fr.

Le parcours attentionné ACS

A l'identique du parcours CMU-C, un parcours ACS est en cours de construction et sera présenté au réseau en décembre 2011. Les actions à mettre en œuvre dans le cadre de ce parcours sont réparties dans 5 thèmes : structurer et diffuser efficacement l'information ACS, aider à la constitution de la demande, aider au choix de la complémentaire avec une meilleure prise en compte de la dimension santé, accompagner l'utilisation effective de l'ensemble du dispositif et mettre en œuvre un pilotage. Plusieurs outils ou actions sont déjà déployés ou en cours de construction. Ils viendront alimenter l'ensemble des actions qui constitueront le parcours ACS.

La communication et l'information

La CNAMTS assure une communication régulière sur les dispositifs destinés aux assurés en situation de précarité qu'il s'agisse des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS. Ces actions sont renforcées par les initiatives locales, en fonction des spécificités de contexte.

Plusieurs vecteurs de communication écrite sont à ce jour utilisés au niveau national pour améliorer l'information et la compréhension sur ces dispositifs :

- la lettre adressée aux assurés
- les lettres adressées aux différents professionnels de santé : médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, masseurs kinésithérapeutes.
- la communication ciblée dans le cadre du programme Sophia
- le site Ameli
- les dépliants de service ainsi que les courriers adressés aux bénéficiaires dans le cadre de la gestion courante de la relation

La communication sur ces dispositifs ou auprès de ces publics s'inscrit dans la politique de communication définie pour l'ensemble des assurés avec un effort particulièrement important réalisé pour simplifier l'information tout en conservant sa solidité au plan réglementaire. Une attention est portée au caractère visuel de l'information.

L'information sur le relèvement du plafond ACS et sur le tiers payant social a été relayée dans la lettre aux médecins d'octobre 2010, la lettre aux assurés de mai 2011 ayant quant à elle permis de renouveler l'information sur l'importance d'accéder à une complémentaire santé (CMU-C ou ACS).

Toutes les composantes de l'Assurance Maladie (CPAM, services d'action sociale, services de prévention, CES) œuvrant à la prise en charge des bénéficiaires en situation de fragilité, sont mobilisées dans la communication et l'information réalisée par l'Assurance Maladie, avec la volonté de promouvoir les dispositifs réglementaires non seulement dans une logique d'accès aux droits mais également dans une logique d'accès aux soins.

Ainsi, en 2011, et toujours dans le cadre de sa relation régulière avec les assurés, la CNAMTS renouvelle les dépliants CMU-C, assure la création d'un dépliant spécifique à l'ACS et proposera un dépliant commun destiné à promouvoir les deux aides (CMU-C et ACS) pour accéder à une complémentaire santé. Les dépliants seront intégrés aux parcours assurés et seront mis également à la disposition des autres partenaires via Ameli.

Outre les éléments de communication globale, les « outils » d'information ont fait également l'objet d'une attention particulière.

L'attestation-chèque ACS : un travail approfondi d'enquête a également été réalisé en 2010 en partenariat avec la CPAM de Marseille dans l'objectif de vérifier la bonne lisibilité dans la lettre-chèque ACS de la partie « chèque ». L'enquête a été conduite auprès de 310 assurés. Les réponses apportées n'ont pas permis de faire apparaître un avantage significatif sur l'un ou l'autre modèle et ne constituent pas une explication à la non utilisation du chèque (15 % environ). La lettre-chèque de ce fait n'a pas été modifiée.

Les formulaires : un travail de fond a été réalisé, en partenariat avec des CPAM, autres régimes, Fonds CMU, CNAMTS et ministère pour actualiser les formulaires de demande CMU-C/ACS, et ACS seule et les deux formulaires de choix de l'organisme gestionnaire. Ces derniers sont disponibles sur les sites du Fonds CMU, des trois caisses nationales et sur www.service-public.fr (arrêté du 1^{er} septembre 2011 publié au Journal Officiel du 28 septembre).

Le courrier de sensibilisation à l'ACS : depuis 2009, ce courrier est adressé systématiquement aux bénéficiaires potentiels de l'ACS, repérés grâce aux échanges mis en place entre l'Assurance Maladie et ses partenaires institutionnels (CNAV et CNAF). Le courrier a été simplifié afin de mettre en valeur les avantages du dispositif (Tiers Payant et réduction sur le montant de la cotisation) et les démarches à accomplir pour en bénéficier.

La CCMSA

La COG 2006-2010 a été signée entre l'État et la CCMSA le 26 septembre 2006. Elle comporte plusieurs articles dédiés à des actions de prévention et de lutte contre la précarité, notamment visant à l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (anciennement RMI).

En matière de service rendu à l'usager, la convention d'objectifs et de gestion de la mutualité sociale agricole 2011-2015, signée en mars 2011, prévoit de développer une offre de service personnalisée et de qualité, homogène sur le territoire, tant en matière d'offre en ligne que d'accueil physique et téléphonique.

Dans ce cadre, la CCMSA a pris plusieurs engagements dont l'évaluation de la plénitude des droits à travers la démarche « rendez vous CCMSA », l'amélioration des délais de paiement des prestations, et notamment de la CMU-C et du revenu de solidarité active. En outre, la convention comprend de nombreuses dispositions relatives aux actions de prévention, et en particulier, les engagements de déployer une action « parcours de prévention des personnes en situation de précarité » sur tout le territoire et d'adapter les programmes de prévention en vue d'obtenir une meilleure participation aux actions proposées.

Pratiquement, plusieurs actions ont été mises en place pour favoriser le développement des dispositifs.

Les moyens mis en œuvre pour favoriser le développement de l'ACS : ils ont pour objectifs de simplifier les supports de communication afin de les rendre plus accessibles et de favoriser le ciblage des adhérents potentiellement éligibles.

Depuis 2009, on peut citer plusieurs actions d'information :

- une information grand public adaptée pour intégrer le droit au tiers payant social : dépliant prospectif, affiches, message de présentation insérés dans les décomptes, articles de presse, articles disponibles sur site Internet, messages vidéo sur les écrans des lieux d'accueil CCMSA) ;
- une information ciblée à destination des bénéficiaires potentiels (à partir d'une extraction des bases de données CCMSA). A partir des résultats de la requête, la CCMSA adresse un courrier aux bénéficiaires potentiels détectés les incitant à formuler une demande d'ACS.

Depuis 2006, des requêtes nationales permettent d'extraire des bases de la CCMSA, les assurés pouvant potentiellement bénéficier de l'ACS, à savoir :

- les sortants CMU-C ;
- les personnes bénéficiant de prestations attribuées en fonction d'un plafond proche de celui applicable pour l'ACS : l'ASPA, l'allocation veuvage ou la pension de réversion et l'AAH.

En 2009, une nouvelle requête a été diffusée. Celle-ci a permis de détecter les bénéficiaires potentiels de l'ACS qui perçoivent une aide au logement.

- une information au moment du « Rendez-vous prestations MSA » qui intègre l'ACS à travers la dimension de plénitude des droits. La CCMSA s'appuie sur son guichet unique en proposant de faire le point avec son adhérent, lors d'un entretien personnalisé, sur sa situation globale au regard de l'ensemble des prestations légales et extralégales, de base et complémentaire, en santé, famille et retraite, cet entretien permet de détecter des droits potentiels à ouvrir.

Le RSI

La convention d'objectifs et de gestion 2007-2011, signée le 2 mai 2007 entre l'État et la caisse nationale du régime social des indépendants (RSI), « a pour objectif la mise en place de ce nouveau régime au service du travailleur indépendant ». Elle inscrit le développement du RSI dans une démarche globale de performance.

Concernant les actions de promotion et de communication des dispositions, il est possible de citer plusieurs actions :

- une information à destination des assurés : envoi de la lettre d'information aux assurés actifs versions métropole et Dom (octobre 2010) et aux assurés retraités (juillet 2011), réalisation de nouveaux supports (dépliant et affiche ACS et TPS) (avril 2011), diffusion des supports aux caisses et aux organismes conventionnés, mise à jour des articles en ligne sur Internet (début 2011) et information aux nouveaux inscrits (à partir d'avril 2011) ;

- une information vers les partenaires et la presse : article dans la newsletter partenaires institutionnels du RSI (numéro d'octobre et numéro de décembre 2010), diffusion du dépliant et de l'affiche aux partenaires (chambres consulaires, etc.) et envoi d'un communiqué à la presse professionnelle (avril 2011).
- une information vers les collaborateurs et les administrateurs du RSI : diffusion d'un article dans la lettre aux administrateurs du RSI (mars 2011) et information sur l'intranet du RSI et lors de réunions auprès du réseau des correspondants de communication et de prévention des caisses RSI (décembre 2010).

La prochaine COG est en cours de négociation. Elle devrait comporter des axes de développement sur l'accès aux droits et aux soins.

3.2.2. Les mesures de simplification visant à améliorer l'efficacité des caisses tout en favorisant l'accès aux droits

Comme a pu le rappeler la Cour des comptes dans son rapport annuel 2011 sur la Sécurité Sociale, « *dans un contexte de déficit particulièrement important du régime général, la mobilisation de toutes les économies possibles dans sa gestion est d'une importance majeure* ». Tout en poursuivant l'objectif fondamental de favoriser l'accès aux droits, les caisses d'assurance maladie recherchent donc logiquement des mesures susceptibles de dégager des gains d'efficacité. Cette démarche s'inscrit dans la continuité des orientations gouvernementales visant à la simplification des démarches administratives.

En ce qui concerne plus particulièrement le traitement des demandes de CMU de base, CMU-C et ACS, après avoir participé à un groupe de travail initié par la CNAMTS et dont les pistes de travail restent à ce jour exploratoires, le Fonds CMU a souhaité présenter un certain nombre de propositions dans le présent rapport d'évaluation. Il est important de préciser que la plupart d'entre elles, si elles étaient retenues, nécessiteraient des évolutions législatives et/ou réglementaires.

1) Éviter toute rupture de droits dans la protection obligatoire des allocataires du RSA

Les assurés arrivant en fin de droits ne répondent pas toujours aux sollicitations des CPAM visant à rétablir leur situation. Face à ce constat, il est important d'éviter que les intéressés se retrouvent sans droits ouverts à l'Assurance Maladie, alors même que les échanges de fichiers CAF/CPAM laissent apparaître des droits en cours au RSA « socle » ou au RSA « socle majoré ». Dans ce cas de figure, les intéressés seraient donc affiliés immédiatement à la CMU de base, sans autre formalité administrative.

Toutefois, compte tenu du caractère subsidiaire de la CMU de base, les assurés concernés devraient être sensibilisés, via un courrier d'information, sur la nécessité de signaler à leur caisse d'assurance maladie tout changement qui pourrait intervenir ultérieurement dans leur situation. Une exploitation des flux CAF s'avérerait également nécessaire pour alerter les caisses d'assurance maladie sur les situations de fin de droits au RSA « socle » ou au RSA « socle majoré ».

Proposition : Affilier immédiatement à la CMU de base (régime 806) les bénéficiaires du RSA socle et du RSA socle majoré qui se retrouveraient en fin de droits à l'Assurance Maladie.

2) Assurer une réelle mutualisation des informations déclaratives entre les organismes de sécurité sociale pour la justification de la condition de résidence

Pour l'instruction des demandes de CMU-C/ACS, la proposition consisterait à ne plus solliciter auprès des demandeurs la production des pièces justifiant de la condition de résidence (stabilité et régularité), dès lors que ces dernières ont été produites en amont auprès d'un autre organisme de sécurité sociale.

Cette mesure concernerait essentiellement les bénéficiaires du RSA « socle » et du RSA « socle » majoré qui effectuent cette transmission lors de l'instruction de leur demande par les caisses d'allocations familiales.

Le Fonds est plutôt favorable à cette mesure. Toutefois, il conviendrait de définir un « délai raisonnable » au-delà duquel ces pièces justificatives ne pourraient plus être utilisées par les caisses d'assurance maladie, pour éviter un décalage trop important par rapport à la date d'instruction de la prestation initiale.

Proposition : En tenant compte des impératifs liés à la lutte contre la fraude, simplifier la constitution du dossier CMU-C/ACS par le demandeur en recherchant si les pièces justificatives relatives à la condition de résidence n'ont pas été produites en amont auprès d'un autre organisme de sécurité sociale.

3) Améliorer le contenu du courrier de notification de refus CMU-C

Dans le cadre de son programme d'études, le Fonds CMU s'est entretenu avec des commissions départementales d'aide sociale (CDAS de la Seine-Saint-Denis et de l'Essonne) et la commission centrale d'aide sociale (CCAS) pour obtenir des informations plus précises sur le contentieux de la CMU-C et de l'ACS et notamment sur les motivations ayant conduit à une action de la part de l'assuré.

Il apparaît que le défaut de motivation suffisante (non indication du détail et/ou du montant total des ressources prises en compte) conduirait à un nombre non négligeable de recours injustifiés et influerait sur la qualité des recours, les requérants ne comprenant pas sur quels critères leur demande a été rejetée et soulevant des moyens inopérants (par exemple leur situation médico-sociale).

La prise en compte du forfait logement poserait en particulier des problèmes de compréhension de la part des assurés concernés.

Après avoir pris connaissance des modèles de courriers actuellement utilisés par les principaux régimes, le Fonds CMU a transmis à la direction de la sécurité sociale une proposition visant à améliorer le contenu du courrier de notification de refus CMU-C.

Les objectifs poursuivis sont de 2 ordres :

- d'une part, informer l'assuré du rejet de sa demande en lui précisant, dans une notice explicative, tous les éléments de ressources pris en compte pour l'appréciation de son droit,
- d'autre part, uniformiser le modèle de courrier utilisé actuellement par les caisses d'assurance maladie.

Pour être mise en œuvre, cette proposition nécessitera d'être expertisée par la direction de la sécurité sociale et les caisses nationales d'assurance maladie.

Ce modèle pourrait par la suite être utilisé pour améliorer le contenu du courrier de notification de refus ACS.

Dans la même idée, des réflexions pourraient être engagées pour clarifier les éléments de discours et fusionner les informations transmises au bénéficiaire de l'ACS au moment de la notification de ses droits à l'ACS³⁴.

Proposition : 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.

4) Les autres mesures de simplification

Elles viseraient notamment à améliorer l'efficacité des procédures actuelles relatives au renouvellement de droits à la CMU-C/ACS. En effet, les partenaires associatifs alertent régulièrement le Fonds CMU sur des situations de rupture de droits à l'égard de certaines personnes toujours éligibles à ces dispositifs.

En ce qui concerne les relations entre les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie, même si celles-ci continuent d'être globalement jugées satisfaisantes par les principales fédérations d'organismes complémentaires, un des problèmes récurrent concerne la transmission à l'OC du formulaire de choix de l'organisme gestionnaire (formulaire Cerfa S 3712 et, éventuellement S 3713).

Cette transmission s'effectuerait encore dans certains cas avec retard ou de manière incomplète. Les imprimées seraient parfois illisibles ou erronés, le tout conduisant parfois à des problèmes de rétroactivité dans les remboursements de soins.

Une des priorités du Fonds CMU consisterait à faire aboutir les réflexions engagées il y a plusieurs années sur la dématérialisation du formulaire de choix de l'OC.

Dans cette attente, des mesures simples pourraient être proposées (« scannérisation » des documents et mise en ligne d'une adresse électronique pour chaque OC inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires).

Piste de travail : En concertation avec les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires, parvenir à la dématérialisation du formulaire de choix de l'organisme gestionnaire.

³⁴ Au moment de la notification d'une décision favorable, les bénéficiaires de l'ACS sont aujourd'hui destinataires de 2 notifications (une notification de refus CMU-C et une notification d'accord ACS) et de 2 attestations (attestation de droits ACS et attestation de tiers payant).

3.2.3. Le recours à la CMU-C des allocataires du RSA socle

Les bénéficiaires du RMI, comme les bénéficiaires du RSA socle actuellement, pouvaient accéder de plein droit à la CMU-C, dans la mesure où ils remplissaient les formulaires de demande et de choix de l'organisme gestionnaire de la CMU-C. Néanmoins, au 31 mai 2009, avant le passage du RMI au RSA, la CNAMTS évaluait à 29,40 % le taux de non recours à la CMU-C des bénéficiaires du RMI.

Il semble que les principales raisons de ce phénomène de non-recours soient le manque d'information et l'incompréhension des démarches à accomplir.

Plusieurs actions mises en place par les caisses d'assurance maladie ont pour objectif la réduction du non-recours, mais leur réussite est nécessairement liée à la mise en place en parallèle de partenariats avec les différents acteurs de l'action sociale.

A ce titre, l'article L.861-5 du code de la sécurité sociale dispose : « *Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'État dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service du revenu de solidarité active dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles* ».

3.2.3.1. La pré-instruction par les caisses d'allocations familiales

1) Dispositions législatives et mise en place pratique

La loi n° 2008-1249 du 1^{er} 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.

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'a plus besoin, en théorie, de prendre contact avec sa caisse d'assurance maladie.

En fonction de son niveau de montée en charge dans ce dispositif, la caisse d'allocation familiale va : soit remettre au demandeur une attestation mentionnant que ses ressources sont présumées ne pas excéder le montant forfaitaire du RSA ; soit aider le demandeur à compléter le formulaire de demande et transmettre ce formulaire accompagné de l'attestation de ressources à la caisse d'assurance maladie compétente ; soit, en solution cible, transmettre ces éléments à la caisse d'assurance maladie par flux dématérialisé.

Pour faciliter cette montée en charge, des partenariats sont signés localement entre les CAF et les CPAM.

2) Évaluation de la mise en œuvre des nouvelles dispositions

Les dispositions de la loi généralisant le RSA ont nécessité la mise en place d'une nouvelle organisation au sein des CAF et des CPAM.

Évaluation par la CNAMTS

En octobre 2009, la CNAMTS a mené une enquête sur la mise en œuvre de cette nouvelle procédure. D'un point de vue organisationnel, il ressort principalement que 23 % des CPAM avaient conclu une convention avec une CAF et 26 % avaient désigné un interlocuteur dédié pour la CAF.

Concernant l'aide à la constitution du dossier, 53 % des CAF remettaient uniquement l'attestation de demande de RSA socle, 35 % remettaient les imprimés de CMU-C et les orientaient vers les CPAM, 5 % aidaient à compléter le dossier.

Évaluation par la CNAF

Près d'un an après ce premier bilan, la caisse nationale d'allocations familiales a réalisé en septembre 2010 un état des lieux de la mise en place de cette procédure au sein des caisses d'allocations familiales.

110 CAF (sur 123) ont répondu à ce questionnaire.

Il apparaît que près de 62 % des CAF ont signé une convention avec une CPAM. Ces conventions prévoient les modalités de mise à disposition des documents nécessaires à la demande de CMU-C (formulaire de demande, formulaire de choix de l'organisme complémentaire, liste des organismes complémentaires gestionnaire de la CMU-C), la désignation d'un interlocuteur dédié au sein des deux organismes, la définition des circuits de transmission des demandes...

59 % des CAF ont formé leurs agents à la pré-instruction des demandes de CMU-C, certaines d'entre elles ont également assuré la formation d'agents instructeurs du RSA extérieurs aux caisses d'allocations familiales.

Le bilan révèle que 85,36 % des CAF remettent de la documentation, 54,5 % d'entre elles remettent une attestation d'éligibilité au RSA socle.

Au moment de la diffusion du questionnaire, 36,7 % des CAF aident au remplissage.

31,8 % des CAF se chargent de la transmission de la demande à la CPAM, 41,8 % laissent le soin à l'allocataire de remettre le formulaire à sa CPAM avec l'attestation de ressources, 13,75 % des CAF proposent à l'allocataire de remettre le formulaire en fonction de la situation, enfin, certaines caisses n'ont mis en place aucun circuit pour diverses raisons : accord avec les CPAM locales visant à orienter ces bénéficiaires vers les CPAM pour l'instruction de leur demande, accueil commun CAF-CPAM, importantes charges de travail ou manque d'expertise, CAF non instructrice du RSA.

Proposition : Accélérer et généraliser la pré-instruction des demandes de CMU-C par les caisses d'allocations familiales. Demander à la CNAF et à la CNAMTS de procéder à une nouvelle évaluation de la montée en charge du dispositif.

Piste de travail : Suivre l'impact positif des nouvelles fonctionnalités de l'outil @RSA qui permettront aux instructeurs du RSA de recueillir les données nécessaires à l'instruction des demandes de CMU-C de manière dématérialisée, aux caisses chargées de leur instruction.

Évaluation par le Fonds CMU

Le Fonds CMU a rencontré les techniciens de trois caisses d'allocations familiales afin d'appréhender au niveau local l'état de mise en œuvre de la pré-instruction.

Les trois CAF rencontrées ont signé une convention de partenariat avec la CPAM locale.

Les techniciens ont été formés par la CPAM sur le dispositif de la CMU-C, afin d'être en mesure d'informer les allocataires et de répondre à leurs éventuelles questions sur le dispositif.

Au moment des rencontres entre les CAF et le Fonds CMU, elles en étaient au stade de l'aide au remplissage et de la transmission du dossier à la CPAM.

L'aide au remplissage de la demande de CMU-C intervient dans le cadre de l'entretien de demande du RSA, généralement en fin d'entretien est abordée la question de la couverture maladie (régime d'affiliation, complémentaire santé). En moyenne, cette mission supplémentaire rallonge de 15 minutes le temps de l'entretien.

Il n'y a pas eu de réticence à pré-instruire les demandes de CMU-C, ce dispositif s'inscrivant dans une démarche d'ouverture transversale des droits.

Toutefois, les techniciens font part de leur malaise face à certaines questions qui impliquent une maîtrise des dispositifs sur le plan réglementaire, par exemple, l'explication qui doit être faite entre droits de base et couverture complémentaire ou l'intérêt qu'il y a à demander la CMU-C lorsqu'on a une ALD ou un contrat de complémentaire santé en cours. De même, il est très difficile de rassurer une personne qui craint d'être confrontée à des refus de soins ou à la stigmatisation liée au statut de bénéficiaire de la CMU-C.

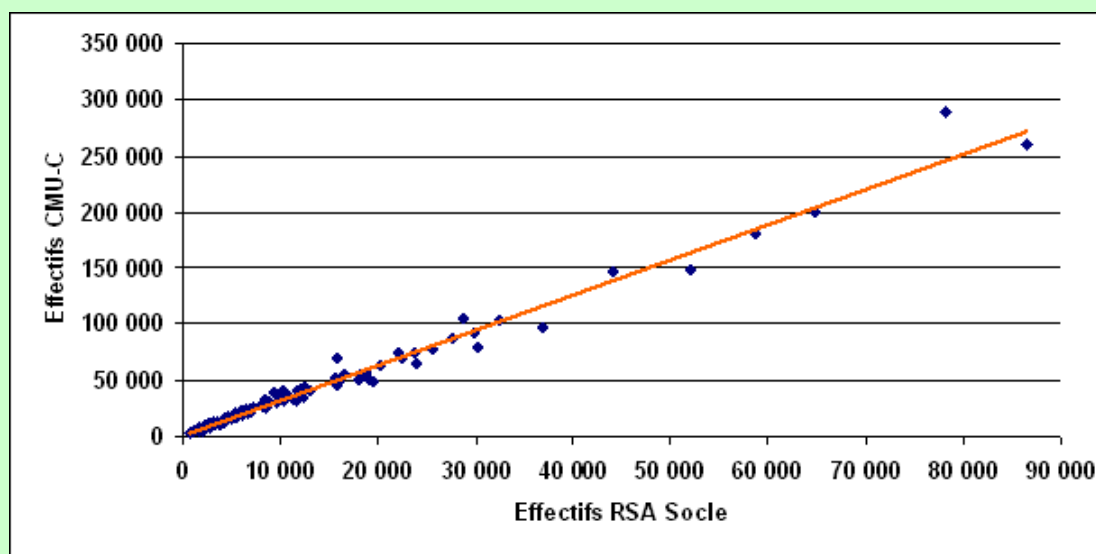
Enfin, sur la question du choix de l'organisme gestionnaire, il n'est pas aisé d'expliquer l'opportunité de choisir une gestion par un organisme complémentaire plutôt que par l'État. Il semble que cette phase de la pré-instruction soit la plus complexe, du fait de l'explication qu'il faut fournir au demandeur du RSA, mais également du fait du manque de maniabilité de la liste nationale des organismes habilités à gérer la CMU-C.

ENCADRÉ 9 :

Lien entre RSA socle et CMU-C

Les bénéficiaires du RSA socle peuvent bénéficier de la CMU-C sans étude de la condition de ressources. La corrélation entre le nombre de bénéficiaires du RSA socle et de la CMU-C par département est particulièrement forte. Par contre, si l'on peut estimer que les effectifs du RSA socle représentent en moyenne 30 % des effectifs de la CMU-C, il n'est pas possible de connaître le taux de recours à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA socle. La possibilité de tracer le lien entre RSA socle et CMU-C, dans les bases de données apporterait une information précieuse sur ce point.

Corrélation entre effectifs du RSA socle et effectifs de la CMU-C, métropole et Dom, juin 2011, données estimées



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, CNAF

3.2.3.2. Les autres mesures visant à faciliter l'accès à la CMU-C de ces allocataires

Les précédents rapports d'évaluation de la loi CMU avaient souligné la nécessité de mieux informer les bénéficiaires potentiels sur leurs droits et d'attribuer directement la CMU-C aux allocataires du RMI, en effectuant un rattachement automatique à leur caisse d'assurance maladie pour la gestion de leurs prestations complémentaires, sans réponse de leur part au bout d'un certain délai. La CNAMTS avait avancé la même proposition.

Un des obstacles identifiés relève du fait que l'ouverture des droits à la CMU-C reste subordonné au choix de l'organisme complémentaire gestionnaire (l'État par l'intermédiaire d'une caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire agréé). Sans cette démarche, le droit à la CMU-C n'est pas effectif.

Afin de simplifier encore davantage la procédure d'accès au dispositif CMU-C pour les allocataires du RSA socle, le Fonds CMU propose, dès lors qu'une demande a bien été enregistrée par la caisse d'assurance maladie, que l'ouverture des droits à ce dispositif ne soit plus suspendue à la réception du formulaire de choix de l'organisme gestionnaire.

En d'autres termes, en l'absence de réponse expresse de l'assuré sur le choix de son organisme gestionnaire dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande de CMU-C, la caisse d'assurance maladie serait désignée automatiquement.

Cette mesure, qui nécessiterait en tout état de cause une consultation préalable des organismes complémentaires, ne saurait être mise en œuvre immédiatement. Il convient en effet de privilégier dans un premier temps le dispositif de pré instruction des demandes de CMU-C par les caisses d'allocations familiales. Une telle mesure pourrait être envisagée, en cas de non diminution du non recours.

Lien entre le choix de l'organisme gestionnaire et la pré-instruction des demandes de CMU-C par les caisses d'allocations familiales

Dans le cadre de l'instruction des demandes de RSA, la plupart des caisses d'allocations familiales ont mis en place un accueil sur rendez-vous. L'entretien dure environ une heure, dont 15 minutes consacrée à la pré-instruction des dossiers de CMU-C.

Pour la caisse d'allocation familiale de Bobigny, l'aide apportée au demandeur en ce qui concerne le choix de l'organisme gestionnaire (en expliquant les avantages liés au choix d'un OC privé), constitue la partie la plus lourde de l'entretien CMU-C, à l'origine de nombreuses incompréhensions. Pour cette raison, un grand nombre de dossiers ne peuvent donc être constitués sur place, empêchant la transmission du dossier CMU-C directement à la CPAM.

Face à ce constat, il serait souhaitable que les CAF disposent d'une information plus complète sur la question du choix de l'organisme gestionnaire afin d'accompagner le demandeur. La CNAMTS indique que le diaporama d'information/formation à l'attention des CAF pourra être renforcé sur les conséquences du choix de l'organisme gestionnaire (avantages et inconvénients du choix de l'État ou d'un organisme complémentaire agréé).

3.2.4. La mise en œuvre du tiers payant social

1) Rappel du contexte

L'article 1^{er} de l'avenant 8 à la convention médicale de 2005 a instauré le principe d'une dispense d'avance des frais pour les assurés et leurs ayants droit bénéficiaires de l'ACS.

L'article 4 de l'arrêté du 3 mai 2010, portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux, reprend les dispositions précédentes et affirme le caractère obligatoire de ce dispositif.

Concrètement, les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés de faire l'avance des frais, sur la part obligatoire, pour les soins réalisés dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, par le médecin traitant, les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique.

Le droit au tiers payant social est accordé pour une durée de dix-huit mois à compter de la remise de l'attestation de droit par la caisse d'assurance maladie et n'est pas conditionné à l'utilisation effective de l'aide par les bénéficiaires.

Un des objectifs affichés dans la nouvelle convention médicale du 26 juillet 2011, vise à conforter la dispense d'avance de frais pour les patients en situation de précarité.

Le tiers payant doit être désormais accordé systématiquement par le médecin, dans le cadre du parcours de soins, aux bénéficiaires de l'ACS soit sur présentation de l'attestation correspondante, soit sur la base de l'information mise à disposition via les téléservices de l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, au-delà des cas prévus par la loi (CMU-C, accidents du travail,...) et du tiers payant social à l'égard des bénéficiaires de l'ACS, l'article 9 pose le principe d'une extension du tiers payant. Les médecins traitant ont désormais la possibilité de mettre en œuvre cette procédure de dispense d'avance des frais *« à des cas non inscrits dans la convention et pour lesquels la mise en place d'une telle mesure pourrait être un facteur d'amélioration significative de l'accès aux soins »*.

2) La promotion du dispositif

Pour le régime général, le contenu rédactionnel de l'attestation de droits au tiers payant social a été amélioré.

Les améliorations ont porté sur : une simplification et une clarification des éléments de discours, une incitation à la souscription d'un contrat complémentaire santé et une mise en cohérence avec la Charte Rédactionnelle de l'Assurance Maladie.

La CCMSA, quant à elle, a modifié, en novembre 2010, ses modèles d'attestations de droit au tiers payant pour rappeler les dernières dispositions réglementaires. Ces documents ont été modifiés en janvier 2011 pour tenir compte de l'augmentation du prix de la consultation chez un médecin généraliste au 01/01/11. Par ailleurs, un dépliant « mode d'emploi » a été réalisé afin de renforcer l'information de la population bénéficiaire sur le tiers payant social.

Pour le RSI, une information a eu lieu à l'égard de l'ensemble des partenaires : assurés et professionnels de santé. Une instruction a également été adressée au réseau (RSI/LR n° 2010/161 du 14/12/2010).

Les efforts réalisés pour favoriser la montée en charge du TPS ont donc été nombreux. La signature de la nouvelle convention médicale sera l'occasion de mettre à jour les supports existants (dépliants, site Internet ...) et de renouveler les actions d'information à l'égard de l'ensemble des partenaires.

Les résultats :

Des requêtes informatiques ont été élaborées par les trois principaux régimes pour mesurer la mise en œuvre effective de ce dispositif par les médecins.

Une réunion inter-régimes s'est déroulée le 14 février 2011 afin de permettre au RSI et à la CCMSA de mettre en œuvre un suivi trimestriel reprenant le même périmètre que celui retenu par le régime général.

Pour ce dernier, les taux de tiers payant ACS communiqués sont de 67,3 % pour l'ensemble des professionnels de santé concernés (médecin traitant, médecins correspondants et les médecins en accès spécifique) et de 73,4 % pour le seul médecin traitant.

Pour la CCMSA et le RSI, les taux de tiers payant apparaissent relativement plus faibles puisque inférieurs à 50 %. Un problème de mesure pourrait expliquer ces différences. Dans le cadre du groupe de travail national visant à promouvoir le dispositif de l'ACS, le directeur de la sécurité sociale a sollicité un nouveau rapprochement entre les caisses nationales pour une harmonisation des statistiques d'utilisation du tiers payant social. Une réunion devrait être organisée prochainement entre les trois principaux régimes.

3) Les difficultés d'application

Une enquête menée par la FNMF en mars 2011 auprès de 13 mutuelles a mis en évidence certaines difficultés, liées notamment à la pratique de certains professionnels de santé, ou à une disparité géographique. *A faire préciser par FNMF.*

Par ailleurs, des décalages entre la remise des différentes attestations de droits (attestation de droits ACS et attestation de droits au tiers payant) et la date d'adhésion à la complémentaire santé sont également soulevés.

4) La mise en œuvre d'un tiers payant coordonné

Dès le début de l'année 2010, l'UNOCAM, lors de son audition par Bertrand Fragonard (arbitre du règlement de la précédente convention médicale), avait souligné que la mise en œuvre d'un tiers payant coordonné par l'AMO de manière similaire au dispositif de la CMU-C « *était inadaptée aux caractéristiques des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS* ». En effet, à la différence de la CMU-C où les garanties sont identiques, les bénéficiaires de l'ACS sont libres de souscrire le contrat de leur choix. Le champ de prestations prises en charge et les niveaux de remboursement sont très différents selon le contrat souscrit.

De plus, le bénéfice de l'ACS n'emporte pas de droit à opposabilité des tarifs, ce qui signifie que les dépassements sont facturés aux bénéficiaires de l'ACS, comme c'est le cas pour tout autre assuré social.

En conséquence, dans la mesure où tous les paramètres du contrat choisi par les bénéficiaires de l'ACS ne sont pas connus par l'AMO, il n'est pas possible de rembourser la dépense au professionnel.

Le tiers payant en flux direct entre les professionnels de santé et les OC reste donc la seule solution envisageable pour atteindre un résultat automatisé satisfaisant favorisant l'accès aux soins des bénéficiaires de l'ACS.

En dehors de ces difficultés techniques, l'UNOCAM et les fédérations d'OC ont indiqué que si le tiers payant AMO/AMC devait être plus largement étendu, cela devrait être fait non pas en ciblant une population spécifique, ni une catégorie de professionnels de santé, mais de manière à s'inscrire dans une démarche globale, incluant les bénéficiaires de l'ACS, et en répondant à « *des objectifs de qualité, de maîtrise des tarifs par les professionnels de santé et d'efficience de prise en charge* » (FNMF).

ENCADRÉ 10 :

L'initiative intéressante de la CPAM d'Albi : la mise en place d'un tiers payant intégral

Une campagne de sensibilisation auprès de tous les organismes complémentaires et médecins du département a été organisée par la CPAM du Tarn. Les bénéficiaires de l'ACS ont également été tenus informés de l'existence de cette mesure et des formalités à accomplir pour en bénéficier.

L'application du tiers payant intégral nécessite effectivement la présentation au médecin de trois documents : l'attestation de droits ACS, la carte Vitale et la carte de mutuelle (chaque année).

Aucune convention n'a été signée avec les organismes complémentaires. Sur 129 OC dans le département, seuls 4 OC ont refusé de participer au dispositif.

Techniquement, le médecin effectue au départ une simple manipulation sur son poste de travail : les informations concernant le bénéficiaire de l'ACS sont enregistrées une première fois puis mémorisées dans son logiciel. A l'issue de chaque consultation, 2 flux distincts et simultanés sont générés par le système : un flux FSE (Feuille de Soins Électronique) vers la CPAM et un flux DRE (Demande de Remboursement Électronique) vers l'OC.

Il est pour le moment difficile de dresser un premier bilan de cette expérimentation.

Plusieurs raisons sont évoquées.

D'une part, les requêtes visant à mesurer le taux de tiers payant intégral sont difficiles à élaborer compte tenu du fait que les bases de données existantes ne permettent pas d'identifier facilement si un acte télétransmis pour un bénéficiaire de l'ACS a fait l'objet d'une dispense d'avance des frais partielle ou totale. D'autre part, certains logiciels utilisés par les médecins ne sont pas tous aujourd'hui adaptés pour pratiquer le tiers payant intégral.

Enfin, les organismes complémentaires ne sont pas tous accrédités pour pratiquer le tiers payant intégral et des difficultés de gestion (non exploitation des retours Noémie) peuvent engendrer des incidents de paiement et même conduire à des doubles paiements. Compte tenu de cette « insécurité », en dehors de la signature d'une convention spécifique, certains OC limiteraient la pratique du tiers payant intégral aux seuls médecins anciennement médecins « référents ».

Pour faciliter la gestion du dispositif ACS par les caisses d'assurance maladie, la création d'un code contrat spécifique (comme c'est le cas pour la CMU-C identifiée sous le code contrat 89) apparaît comme une proposition d'évolution souhaitable. Néanmoins, la faisabilité technique d'une telle mesure nécessiterait d'être expertisée en concertation avec les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires, compte tenu des impacts potentiels sur la norme d'échange actuellement utilisée. Toujours dans le but d'améliorer la gestion du dispositif, la CPAM d'Albi évoque la possibilité de créer une rubrique spécifique au niveau de la base de données Assurés (Progrès). La création de cette rubrique est actuellement en discussion au niveau de la CNAMTS.

Piste de travail : Favoriser les réflexions actuelles visant à améliorer la gestion du dispositif ACS tant par l'AMO que par l'AMC (création d'un code contrat ou d'un code mutuelle particulier permettant d'identifier les bénéficiaires ayant utilisé leur attestation).

3.2.4.1. La lisibilité et la comparabilité des contrats

Suite à une demande récurrente des pouvoirs publics, l'UNOCAM a publié fin 2010 trois documents visant à améliorer la lisibilité des garanties inscrites dans les contrats de complémentaire santé.

Le premier document, à destination des assurés, est un glossaire. Il propose des définitions de termes utilisés dans les contrats (ticket modérateur, tiers payant). Il permet aux acteurs du secteur de partager un langage et un vocabulaire commun.

Le deuxième document est un guide destiné à orienter l'assuré dans le choix de sa complémentaire santé. On y apprend par exemple à être attentif à la prise en compte des dépassements d'honoraires dans les contrats.

Le troisième document est « déclaration commune » – assimilable à un « un code éthique » - définissant les engagements des assureurs complémentaires en termes de présentation et de rédaction des garanties.

Cette démarche est essentielle dans la mesure où elle permet une compréhension améliorée et donc un choix plus éclairé au niveau du souscripteur. Selon les propos de Fabrice Henry « Elle permet de démontrer que les complémentaires santé partagent des engagements et ne sont pas des « assureurs sans scrupules » ». « Il est désormais essentiel de « faire vivre » au niveau de chaque complémentaire et de chaque assureur les supports que l'UNOCAM a bâtis ».

Dans le cadre de la rédaction du rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, le Fonds CMU a eu l'occasion d'appeler l'attention sur la complexité et la grande diversité dans la présentation des garanties de couverture complémentaire santé. Près de 600 garanties sont en effet « épluchées » dans ce cadre.

Pour le Fonds, la démarche proposée par l'UNOCAM va indéniablement dans le bon sens. Toutefois, pour ce qui concerne les préconisations affichées dans la déclaration commune et qui impactent directement la lisibilité des contrats, ces dernières ne concernent immédiatement que les nouvelles offres. Pour celles existantes qui sont très majoritaires, elles ne seront appliquées que progressivement à l'occasion du lancement d'une nouvelle gamme ou de la conclusion d'une affaire nouvelle. Le délai de diffusion à l'ensemble des assurés risque par conséquent d'être assez long et l'impact difficilement mesurable.

L'UNOCAM et les fédérations d'OC ont largement communiqué sur cette question.

Lors de la consultation d'un panel de sites internet de mutuelles, la FNMF indique toutefois avoir constaté qu'un certain nombre d'entre elles prennent déjà en compte tout ou partie des recommandations dans la présentation de leurs garanties

3.2.4.2. L'adaptation de l'offre

Le contrat ACS « Malakoff-Médéric »

Fin 2010, le groupe Malakoff Médéric a lancé un contrat de couverture complémentaire santé conçu pour les bénéficiaires du dispositif ACS. Ce contrat est également ouvert aux autres adhérents.

La question à l'origine du projet était la suivante : *« comment peut-on orienter les bénéficiaires de l'ACS vers un contrat suffisamment élevé en termes de niveau de couverture et conduisant à un RAC acceptable compte tenu du très faible niveau de leurs ressources ? »*. Malakoff Médéric à l'occasion d'une rencontre avec le Fonds CMU avait indiqué proposer davantage « un concept » qu'un produit. Il s'agit en effet d'offrir, dans le cadre d'un contrat dédié, des services médicaux à faibles tarifs grâce à un recours à des réseaux de soins organisés avec lesquels ont été négociées des conditions spécifiques pour l'ACS. L'offre qui a été conçue en relation avec le CISS, propose la dispense d'avance de frais dans les centres de santé du groupe et dans les cliniques dentaires agréées ainsi qu'un service d'aide pour les démarches liées à l'ACS et à l'aide sociale.

L'adhésion y est possible jusqu'à 74 ans.

Déduction faite de l'ACS, le contrat propose trois tarifs pour un seul niveau de prestations : 9 euros par mois pour les moins de 25 ans, 25 euros par mois entre 25 et 69 ans et 51 euros par mois entre 70 et 74 ans.

Le niveau de couverture proposé par ce contrat correspond à celui d'un contrat de base « ticket modérateur (TM) », avec toutefois un effort sur le dentaire (forfait de 300 € tous les 2 ans sur une prothèse dentaire), car le secteur est peu sensible aux démarches de réduction des coûts entreprises par les OC.

Le contrat rembourse faiblement l'optique (forfait de 100 € tous les 3 ans), mais le groupe met en avant son réseau d'opticiens KALIVIA qui lui permet d'obtenir des prix bas sur ce type de produits (RAC garanti à moins de 15 € sur les très fortes corrections).

S'agissant des médecins, Malakoff-Médéric s'appuie sur un réseau de centres de santé qui s'engagent au respect d'un cahier des charges assez strict en termes de qualité de prestations ainsi qu'à ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

Enfin, le contrat permet l'accès à des prothèses auditives de dernière génération au tarif de 595 €.

Les assurés bénéficient de conseils auprès d'une plate forme téléphonique (analyse de devis, orientation vers 180 centres de santé sélectionnés pour la qualité des soins et l'absence de dépassements d'honoraires, etc.), ainsi que d'une géolocalisation des professionnels et établissements rendue également possible à partir du site internet de Malakoff-Médéric.

Le dispositif Pro-Btp

Pro-Btp pour sa part n'a pas souhaité proposer des produits adaptés aux personnes aux plus bas revenus car *« ce serait la porte ouverte à des garanties low cost qui ne correspondraient pas à notre ambition d'être une entreprise socialement responsable »*.

Elle a en revanche opté pour une aide proportionnée en fonction des niveaux de ressources, donc ciblée vers les personnes qui en ont le plus besoin, et qui correspond à des réductions sur les cotisations de la gamme commercialisée pour l'ensemble des ressortissants du BTP.

Les réductions sont fonction de la composition familiale mais également en fonction du niveau de ressource des adhérents, le but étant de « *lisser les effets de seuil induits par le chèque santé dans son fonctionnement actuel* ».

« *Ainsi, pour une personne qui a plus de 60 ans, la réduction accordée sera plus importante si elle est non imposable que si elle est aussi bénéficiaire du chèque santé : 60 € par an de réduction pour un célibataire bénéficiaire du chèque santé contre 84 € par an pour un non bénéficiaire du chèque santé mais non imposable* ».

Optique Solidaire

Une autre initiative intéressante (en cours de lancement) mérite d'être évoquée en matière de prestations optique. L'association Optique Solidaire est une association de professionnels (ophtalmologistes, opticiens, organisme complémentaire santé, industriels) fondée sur le volontariat qui vise à améliorer la prise en charge optique des populations défavorisées. Cette expérimentation s'adressera dans un premier temps aux personnes âgées de 60 ans et plus bénéficiant de l'ACS.

Ces derniers seront destinataires d'un "Pass Lunettes" comprenant une consultation ophtalmologique sans dépassement d'honoraires et un équipement optique composé de verres progressifs avec un reste à charge nul ou le plus faible possible.

3.2.4.3. La question du contrat repère

Dans le cadre de sa contribution, la FFSA indique que les sociétés d'assurance dans leur ensemble, n'opèrent pas de distinction entre leurs assurés : elles proposent une offre de contrats la plus large possible à l'ensemble de leurs assurés, y compris les bénéficiaires de l'ACS. Le but est en effet de leur permettre de choisir la formule la mieux adaptée à leurs besoins.

La FNMF pour sa part s'oppose clairement à la mise en place de contrats dédiés pour les bénéficiaires de l'ACS. Elle met en avant deux raisons :

- un risque de stigmatisation de cette population ce qui n'est pas souhaitable,
- une nécessité de contrecarrer le risque de concentration des mauvais risques dans un tel contrat par une plus large mutualisation au sein du portefeuille de la mutuelle.

La FNMF cite le contrat de sortie CMU-C peu utilisé, au profit d'autres garanties qui ressortent plus adaptées pour les personnes concernées.

Elle est également très réservée sur la mise en place de contrats sélectionnés suite à appels d'offres « *qui conduit forcément à un dispositif très contraint* ».

Les deux fédérations prônent donc la liberté de choix de l'assuré mais comme nous l'avons déjà évoqué, la question fondamentale sur laquelle il va falloir se pencher collectivement est celle des restes à charges.

<u>Piste de travail</u> : Lancer une étude comparative entre le profil de consommation des bénéficiaires de l'ACS et celui des autres assurés auprès d'OC volontaires.

3.2.5. Le rôle des associations et des autres structures

En application de l'article R.862-6 du code de la sécurité sociale, le conseil de surveillance du Fonds CMU est composé de huit représentants des organisations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies.

En 2011, les associations membres sont : le Secours populaire, le Secours catholique, le CISS, l'UNAF, Médecins du Monde, l'UNIOPSS, ATD Quart Monde, la Croix-Rouge.

Ces acteurs de terrain, situés au plus près des populations précaires sont force de propositions pour les pouvoirs publics et peuvent constituer des relais importants auprès des bénéficiaires potentiels qu'il conviendrait d'exploiter davantage pour promouvoir les dispositifs.

D'une façon générale, toutes les associations s'accordent à dire que la CMU-C est une grande avancée sociale offrant un excellent panier de soins et facilitant réellement l'accès aux soins. De ce fait, plusieurs associations préconisent un élargissement de la CMU-C, notamment sous la forme d'un dispositif soumis à une contribution du bénéficiaire en fonction de ses ressources.

En ce qui concerne l'ACS, les associations regrettent le manque de communication sur ce dispositif. Ce dernier reste mal connu, y compris en ce qui concerne les acteurs de terrain.

A l'occasion du dernier conseil de surveillance du Fonds CMU qui s'est tenu le 22 juin 2011, le Secours catholique avait réagi sur ce point en suggérant à la direction de la sécurité sociale de développer une campagne d'information nationale sur le sujet, compte tenu de l'importance du taux de non recours.

Cette même préoccupation a conduit ATD Quart Monde à réfléchir à un projet de complémentaire pour les personnes démunies.

Le Fonds CMU s'est associé à cette expérimentation, qui a consisté à négocier auprès d'organismes complémentaires santé de la région nancéenne un contrat de groupe, à tarif avantageux, répondant aux besoins de santé des plus précaires, dont pourraient bénéficier les personnes accueillies par les associations faisant partie du Réseau Santé Précarités de Nancy.

Ce projet s'est mis en place dans le cadre d'échanges entre associations, usagers, professionnels de santé et la ville de Nancy. Un cahier des charges a ensuite été validé. Il a été convenu des garanties minimales que devait contenir le contrat de complémentaire santé. Plusieurs prises en charge ont été jugées comme étant indispensables, notamment en matière d'hospitalisation en psychiatrie. Un point est apparu également indispensable, celui d'une prise en charge des frais d'obsèques.

Après la détermination du panier de soins, et une prise de conseils auprès d'un avocat, un appel d'offres a été lancé auprès de plusieurs organismes. Deux organismes complémentaires ont répondu favorablement et proposent aujourd'hui un contrat à tarif négocié (30 € environ par mois pour un adulte et 50 € pour un retraité).

Le contrat s'adresse aux personnes se trouvant en situation de précarité ou ayant des difficultés financières. Il n'y a pas de plafond de ressources. L'adhésion se fait donc par le biais des associations du réseau Santé Précarités de Nancy, après une évaluation de la situation sociale.

La campagne de sensibilisation sur ce dispositif va maintenant démarrer pour élargir l'expérimentation à d'autres associations et donc, in fine, à d'autres personnes en situation de précarité.

Une évaluation sera réalisée par le Fonds avant la fin de l'année 2011.

Piste de travail : Suivre et évaluer l'expérimentation mise en œuvre par ATD Quart Monde avant d'envisager une communication plus large sur cette initiative. Si les conclusions sont favorables, un guide pratique pourrait être élaboré pour favoriser l'appropriation de cette démarche par d'autres structures.

3.3. Développer les partenariats

3.3.1. Le rôle des CCAS dans l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C

Souhaitant donner une vision d'ensemble des différents dispositifs d'accueil des bénéficiaires de la CMU-C, l'équipe de chercheurs du Centre Michel de l'Hospital de l'Université d'Auvergne, en collaboration avec le Fonds CMU, s'est intéressée au rôle des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) dans l'accès au droit à cette prestation.

En effet, dans le cadre de leurs missions, les CCAS, au titre du 2^{ème} alinéa de l'article L. 861.5 du code de la sécurité sociale portant sur les dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé, doivent apporter « *leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire* ».

L'enquête, réalisée sur deux départements (Puy-de-Dôme et Seine-Saint-Denis) par entretiens auprès des personnels travaillant au sein de quelques CCAS, laisse apparaître que le fonctionnement des CCAS n'est pas homogène suivant les municipalités. Alors que dans ce département, elle représente une part minime de l'activité des CCAS ; dans le Puy-de-Dôme, l'instruction de la CMU-C occasionne une mobilisation importante dans le travail des assistantes sociales.

Dans le Puy-de-Dôme, cet engagement se produit au titre de l'aide sociale, puisque les assistantes sociales rencontrées ne connaissent pas la législation en vigueur concernant le rôle des CCAS dans la pré-instruction du droit à la CMU-C.

En Seine-Saint-Denis, les CCAS utilisent la proximité géographique des autres services et institutions participant à l'aide sociale, et singulièrement les CPAM, pour revendiquer une spécialisation de leurs activités. Par ailleurs, les partenariats entre CCAS et CPAM apparaissent quasi inexistant. Les CCAS déplorent l'absence d'interlocuteurs identifiés ou la lourdeur des procédures pour expliquer leur faible engagement dans la pré-instruction de dossiers de CMU-C.

Il semblerait qu'une dernière raison réside dans la formation, qui se réalise le plus souvent seul, à l'aide d'Internet, du téléphone et parfois même des usagers, ce qui ne permet pas aux agents d'investir pleinement cette prestation.

Proposition : Développer des accords et formaliser des partenariats entre les caisses d'assurance maladie et les départements lorsqu'ils n'existent pas encore. Les CCAS constituent en effet des relais locaux importants pour favoriser la promotion et l'accès aux dispositifs de la CMU-C et de l'ACS.

3.3.2. Le rôle des structures hospitalières

Dans le prolongement de son approche au sein des CCAS, le Centre de recherche Michel de l'Hospital de l'Université d'Auvergne s'est intéressé à la demande formulée par la direction de la sécurité sociale et le Fonds CMU concernant l'aide à la constitution des demandes de CMU-C par les hôpitaux publics.

Ces derniers, conformément aux dispositions du 2^{ème} alinéa de l'article L. 861.5 du code de la sécurité sociale doivent également apporter « *leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire* ».

Six terrains ont été investigués. Les personnes rencontrées occupent des fonctions diverses (directeur financier, directeur des activités, assistantes sociales, animateur social, médecin, personnels administratifs des admissions, etc.) au sein des centres hospitaliers étudiés.

Il ressort également des entretiens que l'instruction des demandes de CMU de base et de CMU-C constitue une part croissante dans l'activité des structures hospitalières.

Des procédures spécifiques sont donc mises en œuvre en interne pour favoriser l'accès aux droits des patients. À ce titre, tous les hôpitaux disposent de dossiers de demande « vierges » que les personnels des services sociaux remplissent régulièrement avec les patients.

En ce qui concerne les relations avec les CPAM, des problèmes de communication sont parfois évoqués en Île-de-France. Ils sont alors dénoncés comme étant une entrave au travail des assistantes sociales. En province, les relations apparaissent plus étroites avec l'existence d'interlocuteurs privilégiés, de numéros de téléphone spécifiques voire de permanences de la CPAM au sein des centres hospitaliers.

L'accès aux droits des patients devient une préoccupation croissante des directions des hôpitaux. La mise à jour des droits mais également l'instruction de dossiers pour l'obtention de la CMU-C permet aux hôpitaux de ne pas craindre les factures impayées. Les hôpitaux sont, en effet, de plus en plus placés devant la nécessité de faire honorer les factures qu'ils émettent. Dans ce cadre, les patients bénéficiaires de la CMU de base et de la CMU-C leur procurent la certitude de voir leurs prestations payées par l'Assurance Maladie.

L'ouverture de droits aux dispositifs est, par conséquent, fortement associée aux préoccupations financières des hôpitaux. Les assistantes sociales manifestent d'ailleurs leur crainte de voir la dimension sociale servir d'alibi devant la prégnance de la logique comptable.

Au-delà de ces contraintes, pesant désormais sur tous les personnels de l'hôpital, la complexité et, ce qui est perçu comme étant de la rigidité administrative, ressort comme une entrave au bon fonctionnement des services sociaux hospitaliers.

Régulièrement, les pièces demandées par la CPAM sont compliquées à réunir, notamment pour une population marginalisée socialement. Outre les problèmes de compréhension des dossiers, des patients ne sont pas en mesure de présenter les papiers qu'ils ont égarés. Par conséquent, les patients isolés et les plus démunis constituent parfois un véritable casse-tête pour ces services. La logique réglementaire, instaurée notamment par les organismes d'assurance maladie, entre quelques fois, en discordance avec la réalité de la population bénéficiaire ou potentiellement bénéficiaire des dispositifs d'aide. Régulièrement, l'absence de rétroactivité est critiquée, le temps de la constitution du dossier n'étant pas celui des soins. Dans ces conditions, des factures hospitalières ne peuvent être honorées par des patients qui n'ont pas leurs droits ouverts.

Globalement, la population bénéficiaire de la CMU de base et de la CMU-C ne suscite aucune réaction négative pour les personnels rencontrés. Cette population est décrite comme particulièrement respectueuse du personnel et de l'institution. Les hôpitaux n'assimilent pas les bénéficiaires de ces dispositifs à des fraudeurs potentiels, même si, pour l'instruction, les services sociaux mettent à profit les outils de contrôle dont ils disposent.

4. ASSURER LA PERENNITE DES DISPOSITIFS

4.1. Le financement des dispositifs

Les contrats santé sont assujettis depuis 2011 à deux taxes quasiment identiques :

- la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) au taux de 3,5 % pour les contrats « solidaires et responsables » et au taux de 7 % pour les autres contrats. La part correspondant au taux de 3,5 % a été affectée à la CNAF dans le cadre du financement de la reprise de dette (un montant équivalent de CSG n'étant désormais plus affecté à la CNAF). Cette taxe est recouvrée par la DGFIP.
- la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (dite « taxe/contribution CMU ») au taux de 6,27 % et affectée au Fonds CMU. Cette taxe est recouvrée par l'URSSAF de Paris-région parisienne (désignée Urssaf unique à compter de l'échéance du 1^{er} trimestre 2011).

Ces deux taxes portent sur les contrats. A ce titre, elles ne sont pas à la charge des organismes complémentaires et se répercutent intégralement sur les assurés.

4.1.1. Le passage de la contribution CMU en taxe

La loi de finances pour 2011 a transformé, en son article 190, la contribution CMU en une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance santé. La taxe demeure liquidée sur le montant des primes ou cotisations hors taxes. Désormais à la charge des assurés, son taux a été ajusté à 6,27 %, soit 5,90 % du chiffre d'affaire hors taxe, afin de maintenir un rendement équivalent pour le Fonds CMU.

La circulaire N° DSS/5D/2011/133 du 8 avril 2011, élaborée en concertation entre la direction de la sécurité sociale, le Fonds CMU, l'ACOSS, ainsi que les principales fédérations et certains organismes complémentaires, est venue préciser le champ d'application, l'assiette, les obligations déclaratives et les modalités de recouvrement de la taxe. Sur les deux premières échéances de l'année 2011, peu de questions sont remontées au Fonds CMU, ce qui laisse supposer que l'interprétation des dispositions de la circulaire ministérielle ne pose pas de problème particulier sur le terrain.

Proposition : Améliorer la lisibilité sur le périmètre des taxes existantes (taxe CMU-C, TSCA) en définissant juridiquement les différentes notions applicables : primes émises, primes échues, primes recouvrées et primes acquises.

4.1.2. Les modalités déclaratives

Les organismes complémentaires adressent chaque trimestre à l'URSSAF de Paris, un bordereau déclaratif qui mentionne le montant de l'assiette de la taxe / contribution CMU. Ils envoient en parallèle une copie de ce document au Fonds CMU.

Les données ainsi obtenues permettent à ce dernier de reconstituer le chiffre d'affaires santé des OC.

L'assiette de la taxe est fondée sur « le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. » (I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale).

La notion de chiffre d'affaires santé telle qu'habituellement retenue par le Fonds CMU peut donc diverger de celle reprise dans les documents des organismes complémentaires. Pour le paiement de la taxe, la notion d'exercice comptable n'existe pas. Ainsi, un OC déclarant son assiette selon les cotisations recouvrées fera apparaître une cotisation 2010 recouvrée en 2011 (alors que cette cotisation figurera dans ses comptes 2010).

Il peut également exister quelques différences sur le périmètre en cause : part d'une cotisation santé destinée à la couverture de frais d'obsèques, d'allocations décès, au financement de primes de naissance non prises en compte dans l'assiette de la taxe CMU.

4.1.3. Le ralentissement de la progression du chiffre d'affaires

Après avoir connu un pic en 2004 avec une croissance de + 10,6 %, qui avait été interprétée à l'époque par certains observateurs, comme une anticipation sur des effets possibles de la réforme de l'Assurance Maladie, les taux annuels de progression se sont un peu modérés oscillant entre + 5,2 % et + 6,5 %. Avec une croissance réduite à + de 4,2 % en 2010 par rapport à 2009 (chiffres bruts), on observe un cas de figure encore inédit. Toutefois, cette évolution apparaît satisfaisante, compte tenu du contexte de crise économique.

Pour l'année 2011, les derniers chiffres disponibles montrent une augmentation de + 3,3 % sur le premier semestre par rapport au premier semestre 2010 :

Montants en K€										
	Total 2009 Montants	Struct %	Evol / 2008	T1 Montants	T2 Montants	T3 Montants	T4 Montants	Total 2010 Montants	Struct %	Evol / 2009
Mutuelles	16 931 131	56,22%	3,02%	4 946 323	4 235 847	4 342 077	4 140 203	17 664 450	56,27%	4,33%
IP	5 225 175	17,35%	1,94%	1 313 128	1 297 143	1 347 863	1 302 616	5 260 750	16,76%	0,68%
Assurances	7 960 845	26,43%	5,28%	2 973 866	1 726 736	1 851 654	1 915 056	8 467 312	26,97%	6,36%
Total	30 117 151		3,42%	9 233 317	7 259 726	7 541 594	7 357 875	31 392 512		4,23%

Montants en K€							
	T1 2011		Evol T1 11 / T1 10 (*)	T2 2011		Evol T2 11 / T2 10 (*)	Evol S1 11 / S1 10 (**)
	Taxe	Contribution		Taxe	Contribution		
Mutuelles	4 539 343	239 802	2,03%	4 139 929	47 527	4,62%	3,23%
IP	1 015 095	263 945	1,96%	1 270 750	41 910	6,98%	4,46%
Assurances	2 479 746	453 226	3,54%	1 435 493	225 745	1,11%	2,65%
Total	8 034 184	956 973	2,54%	6 846 172	315 182	4,21%	3,26%
	89,36%	10,64%		95,60%	4,40%		
	8 991 157			7 161 354			

(*) : hors taxe, hors contribution

(**) : évolutions semestrielles

On parle ici de chiffres bruts car ils intègrent en réalité des transferts d' « opportunité » opérés par certains organismes à l'occasion de l'augmentation sensible du taux de la contribution (de 2,5 % à 5,9 %) intervenu à compter du 1^{er} janvier 2009 et qui se sont traduits par des sur-déclarations du 4^{ème} trimestre 2008 au détriment du 1^{er} trimestre 2009.

ENCADRÉ 11 :

Chiffres bruts et transferts d'opportunité

Seules les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance ont procédé à ces transferts pour un montant d'environ 210 millions d'euros pour les premières, 120 millions d'euros pour les secondes. Le nombre d'OC concernés était très faible mais les montants en cause non négligeables.

En neutralisant ces transferts, soit à méthodes déclaratives inchangées par rapport à 2007 et aux années précédentes, on aboutirait à des évolutions sensiblement différentes :

Évolution annuelle chiffre d'affaires santé des OC selon le mode de comptabilisation

	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009
Chiffres bruts	5,1%	6,4%	3,4%	4,2%
Chiffres retraités	5,1%	5,2%	5,7%	3,1%

Le ralentissement constaté serait déporté de 2009 vers 2010.

4.1.4. Des évolutions contrastées entre familles d'OC

L'observation au cours des dernières années de la répartition du chiffre d'affaires santé entre les trois types d'organismes montre l'évolution suivante : la part des sociétés d'assurance s'accroît lentement mais constamment : + 4,8 points entre 2003 et 2010 et ce, au détriment principalement des mutuelles et dans une moindre mesure des institutions de prévoyance (- 3,0 points pour les mutuelles, - 1,8 point pour les institutions de prévoyance).

Ce « grignotage » résulte d'un différentiel dans le taux de croissance observé par chaque catégorie d'OC. Les sociétés d'assurance ont connu un accroissement de leur assiette de 87 % entre 2003 et 2010. Dans le même temps, les mutuelles et les institutions de prévoyance ne connaissent qu'une évolution de respectivement + 46 % et + 38 %.

Le « décrochage » en évolution des institutions de prévoyance (+ 0,7 %) par rapport aux autres familles aura été un constat de l'année 2010, de même que la bonne tenue des sociétés d'assurance (+ 6,4 %). Les mutuelles quant à elles se situent exactement dans la moyenne avec + 4,3 % d'évolution.

S'agissant des institutions de prévoyance, l'impact des organismes de plus grande taille doit être souligné puisque en neutralisant les chiffres de 3 organismes sur 34 institutions de prévoyance au total – qui représentent 33 % de l'assiette déclarée par cette catégorie d'organismes – le taux d'évolution annuel constaté passerait de 0,7 % à + 3,3 %.

Selon ces trois OC que le Fonds CMU a interrogé, ce constat résulterait davantage de situations individuelles particulières (changement de base de calculs d'une année sur l'autre, efforts tarifaires sur une catégorie d'assurés pour un d'entre eux) que d'un effet de la crise économique. Selon eux, l'« effet crise économique » se traduirait davantage par un retard sur les encaissements que par la baisse du chiffre d'affaires.

Le rapport annuel 2010 du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (Ctip) fait référence à une croissance modérée de 1,5 % *« dans un contexte où la fragilité de la reprise économique a pesé sur l'activité, et ce malgré le développement de régimes de branches »*. *« Cette évolution modérée des cotisations met en lumière la volonté des institutions de prévoyance d'accompagner les entreprises face à la plus forte augmentation des prestations »*.

Dans le même temps, les dépenses de santé remboursées par les institutions de prévoyance, hors prise en charge de la contribution CMU, ont connu une progression globale de 8 % avec toutefois une évolution contrastée des différentes prestations (forte en hospitalisation et en optique, modérée sur les médicaments).

Un même rapprochement a été effectué pour les sociétés d'assurance. Il en ressort que deux sociétés (sur un total de 92) impactent fortement la hausse constatée sur 2010, et ce compte tenu de leur poids relatif. Ils représentent, en effet, 21 % de l'assiette déclarée par les sociétés d'assurance. En neutralisant leurs chiffres, le taux d'évolution baisserait de + 6,4 à + 4,7 %.

Sur le début de l'année 2011 et plus précisément le premier semestre, on constate une reprise « relative » des institutions de prévoyance (+ 4,5 %) tandis que les sociétés d'assurance évoluent faiblement (+ 2,7 %). Les mutuelles se situent quant à elles dans une position intermédiaire (3,2 %). Il convient cependant d'attendre les chiffres annuels avant d'en tirer des conclusions. Les évolutions trimestrielles sont en effet heurtées. En outre, on ne peut anticiper à ce stade les pleins effets de changements de méthodes déclaratives éventuels consécutifs à la mise en œuvre de la circulaire du 8 avril 2011.

Quelles explications à l'évolution récente du chiffre d'affaire santé des OC ?

Dans le cadre de la rédaction de ce rapport, le Fonds CMU a interrogé les principales fédérations d'organismes complémentaires sur ce qui pouvait être à l'origine du ralentissement constaté « malgré une augmentation des prix des contrats ».

La fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) considère qu'au regard de l'évolution relativement importante constatée pour les sociétés d'assurance par rapport aux autres organismes, l'« effet volume ne doit pas être négligé (167 400 contrats nouveaux nets de résiliation en 2010) ».

S'agissant de l'« effet prix », la fédération indique qu'« on est sans doute globalement sur des augmentations moins fortes que dans un passé récent. On peut souligner aussi que certaines charges futures ont pu être surestimées lors d'annonces faites par les pouvoirs publics ce qui explique, l'année suivante un ajustement (exemple de la contribution des OCAM à la grippe H1N1) ».

Les assureurs ne constatent pas de phénomène de démutualisation à ce stade (« *mais le risque existe* »). En revanche, les garanties moyennes des nouveaux contrats souscrits sont inférieures aux garanties moyennes des contrats en portefeuille, le but étant pour les clients de limiter l'évolution de la cotisation.

La Mutualité Française souligne que pour les mutuelles, depuis 2004, les dépenses de santé ont augmenté davantage que leurs chiffres d'affaires hors taxes et contributions (respectivement + 21 % contre + 23 % entre 2004 et 2009).

Les mutuelles ont constaté les résultats techniques les plus faibles en 2009. D'ailleurs, la DREES souligne dans son rapport 2010 sur la situation financière des OC assurant une couverture santé « *qu'après la baisse déjà constatée sur 2008, les mutuelles sont celles qui dégagent proportionnellement à leurs primes les plus faibles résultats techniques (global)* ». D'après la Mutualité Française, ces constats tendraient à montrer que l'augmentation de la contribution CMU-C n'a pas été intégralement répercutée en 2009 et qu'un effort particulier sur les cotisations en 2009, au vu du contexte économique, a été réalisé.

Afin d'approfondir la question, la fédération nationale de la mutualité interprofessionnelle (FNMI) a procédé à une enquête auprès de 27 mutuelles adhérentes.

Sur la base de groupes constitués selon les niveaux d'évolution de l'assiette constatée en 2010, elle a pu distinguer des explications différentes.

- Pour les mutuelles ayant constaté un taux d'évolution de leur chiffre d'affaires supérieur à 3 % (20 % des mutuelles ayant répondu), ce sont essentiellement la répercussion du taux de la contribution CMU et des transferts de charges du régime obligatoire sur le prix des cotisations qui expliquent l'augmentation de l'assiette.

- Pour les organismes où le taux d'évolution du chiffre d'affaires est compris entre 0 et 3 % (60 % de l'échantillon), outre la raison évoquée précédemment, les mutuelles selon leur situation mettent en avant une augmentation de l'âge moyen de leur portefeuille, une anticipation de l'adoption de la TSCA, voire l'augmentation de la part des contrats collectifs dans leur portefeuille.

- Pour les mutuelles ayant constaté une diminution de leur assiette en 2010 (20 % de l'échantillon) : cette diminution s'explique par la baisse de leurs effectifs en personnes protégées.

- Enfin pour celles ayant constaté une augmentation en 2010, mais qui est moins forte qu'en 2009, le ralentissement s'explique par une diminution des effectifs protégés et l'augmentation dans le portefeuille de la part des contrats présentant un niveau de garantie moindre.

La FNMI conclut « *Les résultats de l'enquête suggèrent que le montant de l'assiette des MI est surtout lié à l'évolution du prix des cotisations, celles-ci étant tributaires de l'incidence des dispositions fiscales* ». La fédération souligne également une situation de précarité d'une partie de la population contrainte de revoir à la baisse le niveau de ses garanties.

Un marché très concentré et en évolution permanente

A l'issue de l'échéance du deuxième trimestre 2011, le nombre d'organismes s'établit à 681 (713 en 2010). Il est en constante diminution depuis que le Fonds CMU dispose de ces données, à savoir l'année 2000 (près de 1 800 OC recensés à l'époque). Cette diminution est due essentiellement à des regroupements d'organismes et des disparitions de mutuelles.

Les mutuelles sont au nombre de 559, les sociétés d'assurance de 93, le nombre d'institutions de prévoyance s'élève quant à lui à 29 (respectivement 587, 92 et 34 en 2010).

Le marché de la complémentaire santé ressort très concentré puisqu'au total, sur l'année 2010, parmi les 713 organismes, les 10 premiers classés en termes de chiffre d'affaires ont déclaré 28 % de l'assiette totale, 63 % pour les 50 premiers, et 80 % pour les 100 premiers.

En 2010, les institutions de prévoyance représentaient près de 17 % de ce marché alors qu'elles regroupaient 5 % du nombre des organismes. Il s'agit dans l'ensemble de grandes institutions de complémentaire santé (31 des 34 institutions de prévoyance ont une assiette supérieure à 10 millions d'euros dont 14 ont une assiette supérieure à 100 millions d'euros ; elles étaient 10 en 2005). Elles font partie de groupes de protection sociale intervenant sur d'autres champs de l'assurance (retraite, décès, incapacité, invalidité, etc.).

Les sociétés d'assurance, qui représentaient 13 % des organismes, réalisent 27 % du chiffre d'affaires. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organisme. 53 sociétés d'assurance ont une assiette supérieure à 10 millions d'euros (dont 21 à plus de 100 millions d'euros contre 12 en 2003). Les autres ont en moyenne une assiette se situant autour de 2,5 millions d'euros. Il s'agit principalement de petites structures et, dans une moindre mesure, de sociétés de taille moyenne mais dont l'activité santé apparaît marginale.

Quant aux mutuelles, elles regroupent 82 % des organismes et 56 % du marché. Le monde de la mutualité, malgré la mutation en cours, demeure encore très morcelé. Ce constat est renforcé par le fait que l'assiette déclarée par les mutuelles substituées, qui existent encore juridiquement, est généralement intégrée dans celle de la mutuelle qui substitue (dite substituant). Les regroupements en cours, Eovi mutuelles, Harmonie mutualité, Adrea mutuelles en sont la parfaite illustration.

4.2. Le contrôle des dispositifs

Dans un contexte de crise économique et de déficits publics, la lutte contre la fraude reste une des priorités des pouvoirs publics.

La création de la DNLF (Délégation nationale de lutte contre la fraude) en 2008, la circulaire du 6 mai 2009 ayant pour objet de renforcer la coordination des différents intervenants afin d'améliorer l'efficacité de la réponse pénale en matière de fraudes aux prestations sociales, les Conventions d'Objectifs et de Gestion entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale traduisent la volonté des pouvoirs publics de mettre en œuvre, dans l'ensemble des branches de la sécurité sociale, une véritable politique de lutte contre les fraudes.

Le dernier rapport d'évaluation de la loi CMU avait consacré un long développement à ce thème, notamment s'agissant de la définition de la fraude et de la mise en œuvre de la lutte contre la fraude au niveau national et local.

Ce cinquième rapport d'évaluation a pour objectif de faire le point sur les évolutions intervenues depuis 2009, notamment en ce qui concerne l'état de mise en œuvre des actions de coordination entre les différents acteurs en matière de détection de fraudes et sur les difficultés rencontrées par les organismes de sécurité sociale et sur les résultats.

Par ailleurs, sera également présenté le bilan 2010 des fraudes découvertes par les organismes d'assurance maladie et les montants des préjudices subis.

4.2.1. Le cadre juridique et évolutions législatives et réglementaires de la lutte contre la fraude

En 2008, la DNLF propose une définition de la fraude. Il s'agit d'un acte intentionnel commis au détriment des finances publiques et entraînant un préjudice.

La circulaire ministérielle du ministre de la Justice et du ministre du Budget du 6 mai 2009 définit comme fraude « *toute irrégularité, acte ou abstention ayant pour effet de causer un préjudice aux finances publiques, commis de manière intentionnelle* ».

La première difficulté pour les acteurs de la lutte contre la fraude, réside dans la définition de la fraude car la frontière est mince entre les notions d'omission, d'erreur de déclaration et de fraude.

La lutte contre la fraude nécessite la mise en œuvre d'outils permettant de détecter la fraude et de caractériser l'intention frauduleuse, dernièrement, plusieurs dispositions sont venues renforcer les outils à la disposition des organismes de sécurité sociale.

4.2.1.1. Au niveau national

1) La poursuite des travaux de la DNLF

La DNLF pilote l'action des CODAF (comité départemental anti fraude) en assurant un support technique et juridique aux comités, leur suggérant également des postes d'action avec deux chargés de mission dédiés qui se déplacent sur le terrain pour animer les CODAF et répondent quotidiennement aux sollicitations des agents du terrain. Une newsletter DNLF diffusée via internet assure une information régulière des comités sur les actualités de la lutte contre la fraude. La DNLF a réuni à Bercy, le 26 octobre 2010 en séminaire national 120 secrétaires permanents des CODAF, afin de mutualiser les bonnes pratiques repérées dans certains ressorts.

2) Le plan national de coordination de la lutte contre la fraude aux finances publiques 2011

Le Comité national de la lutte contre la fraude (CNLF), chargé d'orienter la politique du Gouvernement en matière de lutte contre les fraudes portant atteinte aux finances publiques ou aux prestations sociales, arrête annuellement un plan de coordination national reprenant le plan national de lutte contre le travail illégal et les orientations et axes prioritaires des CODAF.

Pour l'année 2011, le PNLF s'est décliné en trois axes et plusieurs actions :

- Savoir et prévenir : évaluer précisément la fraude, mener des actions de prévention des fraudes ;
- Savoir-faire : renforcer la culture de la lutte contre la fraude dans tous les services et organismes, adapter les outils réglementaires et législatifs de la lutte contre la fraude ;

- Faire : systématiser les échanges d'informations entre les partenaires, améliorer le ciblage des contrôles, mener des opérations de lutte contre la fraude conjointes et coordonnées entre les administrations et les organismes, lutter contre le travail illégal, sanctionner effectivement chaque fraude détectée, mettre l'accent sur les affaires à fort enjeu financier en développant les actions de lutte contre la fraude organisée, assurer la justice sociale.

3) La création du Répertoire National Commun des assurés de la Protection Sociale (RNCPS)

L'article 138 de la loi 2006-1640 du 21 décembre 2006 a introduit dans le code de la sécurité sociale un article L.114-12-1 relatif à la création d'un répertoire national commun (notamment) aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale.

4) Le renforcement du contrôle des agents des caisses de sécurité sociale

L'article 104 de la LOPPSI n° 2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure habilite les agents de l'Etat ou les agents des organismes de protection sociale à s'échanger tous les renseignements et documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment.

L'article 118 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 complète l'article L.161-1-4 du code de la sécurité sociale afin de permettre aux organismes de sécurité sociale de demander pour le service d'une prestation ou le « contrôle de sa régularité », toutes pièces justificatives utiles « pour vérifier l'identité du demandeur ou du bénéficiaire d'une prestation ainsi que » pour apprécier les conditions du droit à la prestation...

L'article 116 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 complète l'article L.114-19 du code de la sécurité sociale en permettant aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale d'user du droit de communication pour le recouvrement des prestations versées indûment à des tiers.

La circulaire DSS n° 2009-367 du 9 décembre 2009 relative à la production de pièces justificatives pour l'attribution des prestations servies par les organismes de sécurité sociale publiée en application de l'article D.161-1-3 fixant à deux mois la durée maximale de suspension du délai d'instruction des demandes en cas de non-production de pièces justificatives pour l'attribution des prestations sociales. La circulaire précitée définit les situations dans lesquelles peuvent être demandées des pièces justificatives complémentaires (par exemple en cas de doute sur l'authenticité de la pièce justificative produite ou sur la sincérité des déclarations souscrites).

En matière de CMU-C, l'absence de décision de la caisse d'assurance maladie dans un délai de deux mois suivant le dépôt de la demande valant acceptation implicite de la demande, la direction de la sécurité sociale rappelle qu'il est nécessaire que la caisse notifie au demandeur, avant la fin du délai de deux mois, la demande de pièces justificatives complémentaire afin de suspendre le délai d'instruction.

Enfin, s'agissant des ressources, une attention particulière doit être portée sur les attestations sur l'honneur, autorisées par l'article R.861-16 du code de la sécurité sociale. Toutefois, conformément à la circulaire précitée, il est nécessaire que les organismes de sécurité sociale vérifient le caractère probant de l'attestation sur l'honneur, notamment en usant du droit de communication existant entre les différents organismes de sécurité sociale.

5) Le pouvoir de sanctions : le décret d'application de l'article L.162-1-14

L'article 115 de la LFSS pour 2009 a modifié l'article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale afin de rendre le dispositif de lutte contre la fraude plus dissuasif tout en assouplissant sa gestion.

Les modalités d'application de ce dispositif sont précisées dans le décret 2009-982 du 20 août 2009. Il couvre l'ensemble de l'assurance maladie, ainsi que les prestations de solidarité : CMU-C, ACS, AME. Tous les acteurs sont concernés : assurés, professionnels de santé, établissements de santé, établissement médico-sociaux, employeurs, etc.

Ce décret détaille et définit les cas de fraude à la sécurité sociale. Il précise les pénalités encourues. Il donne compétence à l'organisme local d'assurance maladie ayant supporté le préjudice pour mener la procédure et prononcer la pénalité financière, ou pour mener une procédure au nom de plusieurs caisses. En l'absence d'indu ou de préjudice, l'organisme local compétent est celui auquel est rattaché le bénéficiaire de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS.

6) La lutte contre la fraude axe prioritaire des conventions de d'objectifs et de gestion des caisses nationales d'assurance maladie

La COG État-CNAMTS 2010-2013

La convention d'objectifs et de gestion entre la CNAMTS et l'État pour la période 2010-2013 poursuit les actions déjà engagées par la CNAMTS dans la lutte contre la fraude.

Plusieurs axes sont mis en exergue : clarifier les champs respectifs des fraudes, fautes et abus et améliorer la connaissance du niveau réel de la fraude notamment par l'élaboration d'un référentiel de définition des différents termes ; renforcer les programmes nationaux et loco-régionaux de lutte contre les fautes, fraudes et abus et mettre en œuvre des programmes structurants notamment en menant une expérimentation du datamining sur les indemnités journalières et la CMU-C, par la conception d'un fichier national destiné à recenser les plaintes pénales et ordinales déposées par les caisses ainsi que les pénalités financières notifiées par les directeurs de caisses afin d'éviter les récidives de fraudes ; par la mise en place de formations dédiées à l'investigation à destination des consultants fraude...

La COG État-CCMSA 2006-2010

Dans la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CCMSA, celle-ci s'engage à renforcer la lutte contre la fraude à l'Assurance Maladie en mettant en place une collaboration inter régimes et un plan de contrôle portant notamment sur : l'optimisation de la gestion du parc de cartes Vitale et le repérage des fraudes, le contrôle de facturation des professionnels de santé et des établissements et la récupération d'indus auprès des assurés et des professionnels de santé.

Par ailleurs, la CCMSA a mis en place en 2007 une stratégie institutionnelle de contrôle. L'un des axes de cette stratégie est la création d'un socle commun national d'actions de contrôle intégrées au plan de contrôle de chaque caisse. Plus précisément, il s'agit de proposer trois actions nationales de contrôle par domaine dans chaque branche de la législation sociale agricole, chaque caisse de la CCMSA devant en retenir une dans chacun des domaines en fonction de ses spécificités.

S'agissant du domaine santé, l'une des actions proposées est la vérification des conditions de ressources lors de demande de renouvellement de la CMU-C.

Ainsi, le contrôle des conditions de ressources des bénéficiaires de la CMU-C est réellement identifié par l'Institution CCMSA comme une action prioritaire.

La COG État-RSI 2007-2011

En matière de lutte contre la fraude, le RSI prévoit, sur la période 2007-2011, d'orienter ses actions sur le contrôle de l'ouverture des droits des bénéficiaires, la lutte contre l'utilisation frauduleuse de la carte Vitale, le contrôle et le suivi de l'émission et de l'utilisation de la carte Vitale 2, le contrôle des indemnités journalières, le contrôle des conditions de ressources exigées pour l'obtention de la CMU-C.

De manière générale, le RSI s'engage également à prendre en compte, lorsqu'elles lui seront applicables, les actions définies dans le cadre du comité national de lutte contre la fraude dans le domaine de la protection sociale.

4.2.1.2. Au niveau local

1) La mise en place des CODAF

L'article 8 du décret n°2008-371 du 18 avril 2008 avait prévu à titre expérimental, la mise en place dans chaque département, d'un comité départemental de lutte contre la fraude (CODAF).

L'article 8 du décret n° 2010-333 entérine la création de ces CODAF dont le rôle est de « *définir les procédures et actions prioritaires à mettre en place pour améliorer la coordination de la lutte contre les fraudes portant atteinte aux finances publiques et contre le travail illégal. En particulier, le comité veille aux échanges d'informations entre organismes de protection sociale, d'une part, et entre ces organismes et les services de l'État concernés, d'autre part* ».

Il est présidé conjointement par le préfet et le procureur de la République près le tribunal de grande instance du chef-lieu du département. Il se réunit autant que nécessaire et au moins trois fois par an.

La liste des membres des CODAF a été fixée par arrêté du 25 mars 2010. Le CODAF est avant tout conçu comme un lieu d'échange et de mutualisation entre partenaires.

En outre, en application de l'article L.114-16-1, créé par l'article 104 de la loi n°2011-267 du 14 mars 2011, les différents acteurs sont pleinement habilités à s'échanger tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale énumérées à l'article L. 114-16-2, ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment.

A noter qu'en vertu des dispositions de l'article L 114-9 du CSS créé par la loi 2005-1579 du 19 décembre 2005 (non spécifique à l'action menée au sein des CODAF) les caisses de sécurité sociale ont l'obligation d'engager des poursuites pénales avec constitution de partie civile lorsque le préjudice lié à une fraude excède trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (10 728 €).

2) Les instructions de la CNAMTS à son réseau

La maîtrise des risques par le déploiement et la révision des PMS : rédigés par des groupes de travail, les PMS (plans de maîtrise socle) visent : à rassembler, pour chaque processus, dans un document unique des objectifs de fiabilité, de rapidité et de continuité et à identifier les risques de ne pas atteindre les objectifs et les moyens de maîtriser ces différents risques. Ces PMS font l'objet d'une révision systématique afin de rendre plus rigoureuse l'analyse des risques et d'alléger les moyens de maîtrise et rendre les indicateurs d'objectifs plus cohérents et moins nombreux.

Le traitement des dossiers signalés par l'échange des données sur les non-résidents fiscaux avec la DGFIP : la CNAMTS présente par lettre-réseau du 19 septembre 2011, la mise en œuvre de ce dispositif qui doit permettre de détecter les personnes ayant quitté le territoire français et d'en tirer les conséquences sur les droits à l'assurance maladie et à la CMU-C.

Le traitement des signalements des constats de travail dissimulé établis par les Urssaf : par lettre réseau du 2 décembre 2010 (LR-DDO-222/2010), la CNAMTS présente les modalités de traitement des signalements de travail dissimulé transmis par les Urssaf. Les constats sont transmis aux CPAM par le biais d'une fiche de signalement, sur laquelle figure l'identité du salarié et le nom de l'entreprise. Ces signalements doivent être transmis au fil de l'eau. Lorsque le contrevenant est bénéficiaire de la CMU-C, la CNAMTS précise qu'il convient de réétudier les droits au vu du salaire rétabli ou du montant du redressement forfaitaire (soit six fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 141-11 du code du travail en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé).

La mise en œuvre d'un programme de répression des fraudes à l'ouverture des droits à la CMU-C : en mai 2011, la CNAMTS a diffusé à son réseau une lettre portant sur les investigations à mener par les caisses en vue de qualifier la fraude à l'ouverture des droits à la CMUC et proposant des suites contentieuses adaptées à la situation des bénéficiaires, compte tenu de la réglementation en vigueur. La CMU-C peut être attribuée à une personne simultanément à sa demande de RSA socle, quand bien même l'attribution de la CMU-C n'aurait pas été recherchée par le « fraudeur », pour cette raison, la lettre réseau préconise l'instauration d'échanges des signalements de fraude entre CAF et CPAM (au sein des CODAF) et demande aux CPAM de traiter comme une fraude au ressources tout signalement de fraude au RSA transmis par les CAF.

Les instructions du RSI à son réseau

La procédure d'évaluation des éléments de train de vie prévue à l'article R.861-15-7 du code de la sécurité sociale : par lettre réseau du 29 juin 2009, le RSI a précisé à son réseau les modalités d'évaluation des éléments de train de vie pour le bénéfice de la CMU-C et de l'ACS. Cette procédure a été déclenchée à deux reprises en 2010 mais n'a pas abouti à la constatation d'une disproportion marquée.

4.2.2. La mise en œuvre pratique de la lutte contre la fraude

4.2.2.1. Les outils du contrôle des ressources et les difficultés de mise en œuvre

En vertu de l'article L.114-9 du code de la sécurité sociale, les directeurs des organismes sécurité sociale sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires.

Ils confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations ; ces derniers peuvent également mener leur vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches du régime général.

Le Fonds CMU a interrogé plusieurs organismes afin de savoir comment se formalisait le contrôle des ressources lors de l'instruction des demandes de CMU de base, de CMU-C et d'ACS ou en cours de droit.

1) Le contrôle avant saisie des ressources dans la base

La cohérence des ressources déclarées par rapport à la situation du demandeur : une attention particulière sera portée en présence, par exemple, de loyers disproportionnés par rapport aux ressources, d'enfants à charge permettant la perception de prestations versées par la Caf...

Le contrôle de l'authenticité des documents originaux d'état civil par l'utilisation de lampes de détection est effectué par certaines caisses.

2) Les échanges entre organismes

Les échanges avec l'administration fiscale (articles L.380-2 du code de la sécurité sociale et L 152 du Livre des procédures fiscales)

Une convention nationale visant à organiser et faciliter les échanges d'informations entre organismes de protection sociale et administration fiscale a été signée depuis le 3 avril 2008 et déclinée localement dans 44 départements. Néanmoins, au cours des échanges obtenus avec certaines CPAM, il s'est avéré qu'il n'y pas d'échanges systématisés avec la DGFIP, les informations étant fournies à la demande de la CPAM.

S'agissant de l'accès au FICOBA (fichier national des comptes bancaires et assimilés), son caractère non exhaustif a parfois été pointé comme étant un frein à son utilisation.

Depuis 2006, la DGFIP a la possibilité de signaler aux CPAM le nom des personnes rentières, n'ayant pas d'activité génératrice de droits à l'assurance maladie et ayant des revenus supérieurs au plafond d'exonération de cotisation à la CMU de base. Selon la DGFIP, il y aurait 60 000 foyers fiscaux dans cette situation.

Proposition : Systématiser l'exploitation des fichiers de la DGFIP afin de détecter les personnes ne se soumettant pas à l'affiliation obligatoire à la CMU de base.

Les échanges avec les Urssaf

Les transmissions des constats de travail dissimulé sont en place avec les Urssaf, cependant, d'après les expériences recueillies auprès des CPAM, l'exploitation des fiches de signalement est parfois infructueuse, notamment en présence d'homonymes, faute d'éléments indispensables à l'identification de l'assuré (numéro de sécurité sociale, date de naissance).

Les échanges avec 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.

Or, il n'existe pas d'échanges ou d'accès entre Pôle Emploi et les caisses d'assurance maladie qui permettraient à ces dernières d'accéder au montant des allocations chômage versées comme cela est fait pour les CAF.

Proposition : Mettre en place un accès des caisses d'assurance maladie aux données détenues par Pôle Emploi.

Les échanges avec les CAF

Les échanges via CAFPRO sont systématiquement utilisés par les agents des caisses d'assurance maladie lors de l'instruction des demandes de CMU-C/ACS.

Le traitement par les CPAM des signalements de fraude au RSA socle transmis par les CAF

Les personnes allocataires du RSA socle sont réputées satisfaire aux conditions d'attribution de la CMU-C. Par conséquent, la CMU-C leur est attribuée sans déclaration de ressources.

Lors du signalement par la CAF de la détection d'une fraude au RSA socle, la CPAM doit donc s'interroger sur l'opportunité du droit attribué à son ressortissant.

La CPAM va considérer qu'il s'agit d'une fraude aux ressources, toutefois, le plafond de ressources et la période de référence n'étant pas identiques, l'annulation du RSA socle, ne signifie pas que la personne ne remplit pas les conditions de ressources pour obtenir la CMU-C.

Une réinstruction du dossier, sur la base des ressources réelles, découvertes au cours de l'enquête, est nécessaire.

Le Fonds CMU a interrogé une CAF, une CPAM, la CNAMTS, et la DNLF afin d'obtenir des informations pratiques sur la coordination existant entre CAF et CPAM lors d'une détection de fraude au RSA socle.

D'après les informations recueillies, il semblerait que les coordinations entre les CAF et les CPAM en cas de détections de fraude sont encore en phase de montée en charge.

Lors d'un signalement de la CAF, la procédure engagée par la CPAM va consister à répertorier le signalement, effectuer une étude de la BDO afin de vérifier l'affiliation, le régime et les droits de l'assuré, effectuer une recherche sur les prestations en nature et en espèces servies à l'intéressé, éditer une fiche de signalement transmise au département des fraudes.

Il revient à la direction des affaires judiciaires d'instruire le dossier et d'effectuer le cas échéant, une action pénale ou de présenter le dossier à la commission des pénalités au titre de l'article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale.

La situation économique du demandeur est prise en considération dans le choix de la sanction appliquée.

Certains signalements des CAF restent sans effet, pour plusieurs raisons : certains éléments manquent pour recalculer les ressources ou l'allocataire signalé n'a pas demandé à bénéficier de la CMU-C.

Les CPAM déplorent le manque de moyens et la lourdeur du retraitement des dossiers CMU-C pour des personnes dont les ressources vont s'avérer parfois être en dessous du plafond de la CMU-C.

Les échanges au sein des CODAF

Créés depuis la fin de la phase expérimentale en mars 2010, ils doivent être le lieu d'échanges entre différents acteurs des organismes de sécurité sociale, de l'administration judiciaire, des services de police. En 2010, le bilan de leur activité démontre une augmentation de + 151 % de fraudes détectées. Néanmoins, sur le terrain, la plus-value des CODAF pour les agents des CPAM et des CAF semble encore limitée. En effet, au cours des entretiens menés par le Fonds CMU, il est ressorti que, lors de ces réunions, étaient essentiellement évoqués les signalements de fraudes sur le travail dissimulé pour lesquels l'enjeu financier est fort et que finalement les échanges se faisaient principalement dans le cadre de contacts privilégiés entre agents des différentes branches...

<u>Piste de travail</u> : Systématiser au niveau des caisses d'assurance maladie l'exploitation des signalements de fraude au RSA socle transmis par les caisses d'allocations familiales. Suivre la montée en charge de ces échanges au niveau national.

Les échanges en cours de développement

- La mise en place de fichiers recensant les infractions constatées et leurs auteurs a été engagée par les trois caisses nationales des branches famille, maladie et vieillesse. La CNIL a déjà rendu un avis favorable sur les deux premiers fichiers.
- L'accès au SNGC (Système National de Gestion des Carrières) de la CNAV devrait permettre de contrôler la réalité des périodes d'activité déclarées.
- L'accès aux fichiers AGDREF (Application de Gestion des Dossiers des Ressortissants Étrangers en France). Les informations enregistrées concernent l'état civil du demandeur, sa nationalité, sa situation de famille, son adresse, les conditions de son entrée en France (entrée régulière ou irrégulière, regroupement familial), sa profession, sa situation administrative (carte de séjour, carte de résident, demande de naturalisation, demande d'asile, refus de séjour, reconduite à la frontière, visa de sortie-retour et contentieux).

Un numéro d'identification national permanent est attribué à chaque ressortissant étranger figurant dans le traitement. Cette application permet de connaître la situation administrative et de vérifier l'authenticité du titre de séjour présenté et évite, par exemple, que des personnes, ayant fait l'objet d'une ordonnance de quitter le territoire, puissent faire une demande de CMU-C en présentant un titre de séjour invalidé.

ENCADRÉ 12 :

Enquête RSI : L'interrogation des autres organismes lors du contrôle des ressources

En 2010, 52 961 dossiers de CMU-C et d'ACS ont fait l'objet d'un contrôle des ressources par interrogation des autres organismes :

- Interrogations de la CAF, notamment via CAFPRO : 52 469
- Interrogations de l'administration fiscale notamment via FICOBA : 349
- Interrogations des autres organismes : banques, administrations, opérateurs de téléphonie

NB : En 2010, les caisses du RSI ont instruit 117 212 demandes.

Ces chiffres doivent être pris en considération au regard des éléments suivants :

Seules 19 caisses sur 30 ont communiqué des données chiffrées.

En effet, les caisses du RSI ne tiennent pas de statistiques propres au nombre de contrôles effectués par consultation des outils informatiques (CAFPRO – FICOBA). La majorité des caisses indique que la consultation de CAFPRO est systématique dès lors que le numéro d'allocataire est connu.

Concernant FICOBA, le nombre de consultations est plus faible. La CNAF et la DGFIP qui gèrent ces applications sont peut être susceptibles de communiquer des statistiques sur le nombre de consultations effectuées par les caisses d'assurance maladie.

Relations avec l'administration fiscale dans le cadre des demandes de CMU-C et d'ACS :

Les contrôles sont principalement effectués par demande directe auprès du demandeur des pièces justificatives (notamment l'avis d'imposition). Les contrôles par interrogation directe d'autres organismes sont peu nombreux.

Au plan pratique une enquête menée auprès du réseau au premier semestre 2010 a permis de dégager les pratiques suivantes concernant les échanges entrepris avec l'administration fiscale.

Dans la phase d'instruction des demandes, les caisses du RSI ne consultent l'administration fiscale que de manière marginale. Les contrôles peuvent être opérés postérieurement à l'attribution des droits dans le cadre d'une suspicion de fraude ou dans le cadre de procédures de contrôle interne. Le nombre de dossiers concernés par ces contrôles a posteriori est toutefois très faible (moins d'une dizaine par an). Ces contrôles sont opérés dans le cadre de la mise en œuvre des actions locales ou nationales de lutte contre la fraude.

Sur 23 Caisses régionales ayant répondu à l'enquête, 9 caisses indiquent que des contacts particuliers ont été établis avec l'administration fiscale au plan local. Dans 4 cas, une convention a été signée. Ces relations ne sont toutefois pas propres à la gestion de la CMU-C et de l'ACS, mais concernent la lutte contre la fraude au sens large. Les échanges mis en place dans ce cadre, sont effectués soit par l'intermédiaire d'un agent assermenté se rendant auprès de l'administration fiscale, soit par échanges de courriers dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.

En pratique, le contrôle des ressources déclarées est effectué par les caisses lors de l'instruction de la demande au regard des pièces justificatives produites à l'appui de la demande. En effet, les caisses sollicitent de manière systématique auprès du demandeur la production de l'avis d'imposition ou de la dernière déclaration de revenu si celle-ci est plus récente conformément aux dispositions de l'article R.861-2 du code de la sécurité sociale. L'avis d'imposition est une pièce justificative à produire mentionnée sur les formulaires de demandes CMU-C et ACS n° 12504-02 et 12812*01.

Un contrôle des déclarations des demandeurs est néanmoins effectué auprès de l'administration fiscale par l'intermédiaire du fichier des comptes bancaires (FICOBA) géré par la DGFIP.

Sur 23 caisses ayant répondu, 7 indiquent accéder à FICOBA. Ces accès sont soit propres aux gestionnaires des demandes de CMU-C et d'ACS, soit ceux des personnels d'autres secteurs de la caisse (secteur juridique, recouvrement des cotisations). Cet outil informatique présente l'avantage d'apporter une réponse rapide.

4.2.2.2. L'indicateur du programme 183 sur le contrôle des ressources

L'action 1 du programme 183 « protection maladie », pour 2010, se concentre sur un objectif, « Garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources (du point de vue de l'usager) » qui inclut un indicateur nommé « divergence entre les ressources déclarées et les ressources contrôlées »

Le choix des objectifs et indicateurs de performance du programme “ Protection maladie ” a été motivé par la double volonté, d'une part, de garantir l'accès aux droits et de mesurer la satisfaction des usagers et, d'autre part, de mettre en œuvre une gestion rigoureuse des politiques menées, grâce à une politique active de contrôle et de lutte contre la fraude. C'est dans ce cadre que le régime général recueille chaque année auprès des caisses les informations concernant les ressources des bénéficiaires de la CMU-C.

Pour l'exercice 2010, les 106 caisses du régime général d'assurance maladie ont renseigné l'indicateur. Avec un taux de contrôle de 98,46 %, les caisses ont détecté 4,86 % de dossiers qui présentaient des divergences entre les ressources déclarées et les ressources contrôlées.

Contrôle des ressources, taux de contrôle et taux de divergence

	2008	2009	2010
Contrôle des ressources – Taux de contrôle (A/B)	78,96%	98,74%	98,43%
Contrôle des ressources – Taux de divergence (C/A)	4,54%	5,45%	4,86%

Source CNAMTS

Contrôle des ressources, participation des organismes

	2008	2009	2010
Nombre d'organismes devant transmettre leurs données	132	106	106
Nombre d'organismes ayant transmis leurs données	90	99	106

Source CNAMTS

Le nombre de divergences est de 131 224 en 2010, soit 1 643 de plus qu'en 2009. Il conviendrait de connaître précisément leur nature et leur montant. Dans le cadre d'une évolution de l'indicateur, il serait également important d'ajouter une rubrique permettant de préciser si la divergence constatée remet en question l'attribution des droits.

Sur un plan technique, il est important de préciser que la quasi-totalité des contrôles se fait auprès de la CAF, via l'outil CAFPRO. Les contrôles auprès de la DGFIP ne sont en effet justifiés qu'en cas de soupçon de fraude ou d'anomalie et demandent un certain investissement pour être exploités, compte tenu des différences entre les périodes de référence. À l'avenir il serait toutefois utile de pouvoir différencier le nombre des contrôles CAF et le nombre des contrôles DGFIP, ainsi que d'ajouter le nombre de contrôles en lien avec les URSSAF.

Contrôle des ressources, nombres de contrôles auprès de la CAF et de la DGFIP, nombre de dossiers de bénéficiaires, nombre de divergences constatées³⁵

	2008 *	2009	2010
A Nombre de contrôles auprès de la CAF et de la DGI	1 209 716	2 376 572	2 701 417
B Nombre de dossiers de bénéficiaires de la CMUC	1 532 073	2 406 926	2 744 382
C Nombre de divergences par rapport aux ressources déclarées	54 966	129 581	131 224

Source CNAMTS

Piste de travail : Intégrer dans la définition de l'indicateur sur le contrôle des ressources du programme 183 les montants des divergences constatées. Ceci notamment afin de savoir si elles sont négatives ou positives et si elles ont influé sur l'attribution ou la non attribution des droits à la CMU-C.

³⁵ 2008 a été la première année d'application du dispositif. Des CPAM à forts effectifs n'avaient pas encore participé.

4.2.3. Le bilan de la lutte contre la fraude

Il faut distinguer la fraude réelle de la fraude détectée, les chiffres donnés ne traduisent pas la réalité de la fraude car par définition, la fraude réelle est difficile à évaluer. La DNLF a demandé à tous les organismes de sécurité sociale de mettre en œuvre des méthodologies pour estimer le taux réel de la fraude.

Un programme national d'évaluation du taux de fraude à la CMUC élaboré par la CNAMTS en partenariat avec la DNLF va être diffusé aux CPAM avant la fin de l'année 2011.

4.2.3.1. Bilan de la CNAMTS

En 2010, le nombre de cas de fraudes détectées au Régime général est de 172 pour la CMU de base et de 588 pour la CMU complémentaire.

Le montant du préjudice subi est de 223 534 € pour la CMU de base et de 567 913 € pour la CMU-C, soit un montant moyen de 1 300 € par assuré pour la CMU de base et de 966 € par foyer pour la CMU-C.

En 2010, le taux de fraude sur le nombre total de cas de fraude, tous acteurs confondus, est de 1,20 % pour la CMU de base et de 4,11 % pour la CMU-C. Le taux de fraude par rapport au seul acteur « assuré » est de 3,25 % pour la CMU de base et de 11,10 % pour la CMU-C. Le nombre de personnes concernées par la fraude représente 0,014 % des effectifs moyens de la CMU de base pour 2009 et de 0,033 % des effectifs de la CMU-C affiliés CPAM.

Les cas de fraude à la seule condition de ressources sont de 127 (73,84 % des cas de fraude) pour la CMU de base et de 439 (74,66 % des cas de fraude) pour la CMU-C.

Entre 2006 et 2010, le nombre de fraudes détectées par les caisses est passé de 21 à 172 (+ 819 %) en ce qui concerne la CMU de base et de 120 à 588 (+ 490 %) en ce qui concerne la CMU-C. Ces résultats ne signifient pas qu'il existe un accroissement exponentiel du nombre de fraudeurs en la matière mais sont liés à un grand changement tendanciel qui est la traduction du déploiement d'un nouvel axe stratégique prioritaire de la CNAMTS dans le domaine de la lutte contre la fraude ayant conduit à l'amélioration de la détection des fraudes sur l'ensemble du territoire.

Entre 2009 et 2010, on assiste à une baisse du nombre de cas de fraude de – 8,5 % pour la CMU de base et de – 15,2 % pour la CMU-C. Aujourd'hui, l'assurance maladie a peut-être atteint un pallier en ce qui concerne la détection des fraudes en la matière. La CNAMTS s'est interrogée et afin de redynamiser le réseau, elle a mis en œuvre ou va mettre en œuvre des programmes nationaux concernant la CMU-C (cf. supra).

Le nombre plus élevé de fraudes détectées en 2009 peut s'expliquer par le fait qu'en 2008, des actions spécifiques et coordonnées avaient été menées à l'encontre de « ferrailleurs »³⁶ dans le Sud-Ouest de la France dans le cadre du comité départemental de lutte contre la fraude et que le résultat de ces opérations n'a été remonté qu'en 2009 (83 fraudes sur un trimestre pour un département). Au-delà du nombre de fraudes détectées, on peut observer un taux de fraude sur la population des assurés (nombre de fraudes à la CMU-C/nombre total de fraudes pour le seul acteur « assuré ») stabilisé aux alentours de 12 % depuis 2008 et une augmentation du préjudice moyen subi (966 € en 2010, 939 € en 2009, 752 € en 2008).

Par ailleurs, les caisses sont de plus en plus sensibilisées à la lutte contre la fraude et une attention particulière est apportée lors de l'examen de la demande d'ouverture des droits, notamment en ce qui concerne la CMU et la CMU-C. De ce fait, les fraudes sont en majorité détectées et stoppées à l'occasion de l'examen de la demande.

4.2.3.2. Bilan de la CCMSA

La CCMSA a mis en place un plan de contrôle interne afin de vérifier sur un échantillon le taux d'anomalies lié à la déclaration des ressources.

Sur 8 752 dossiers CMU-C/ACS (1^{ère} demande ou demande de renouvellement) contrôlés en 2009 par les vérificateurs comptables :

- 873 dossiers ont été détectés en anomalie sans incidence financière,
- 100 dossiers ont été détectés en anomalie avec incidence financière (soit 1,14 % des dossiers contrôlés) : 78 prestations indues à récupérer émises pour un montant total de 18 672 € et 22 rappels³⁷ effectués pour un montant total de 4 965 €.

Depuis juin 2011, une action de contrôle interne est mise en place, ce contrôle effectué à partir d'un échantillon représentatif concerne les nouveaux bénéficiaires et les renouvellements du droit à la CMU-C (hors bénéficiaires RSA socle et RSA socle majoré),

L'échantillon doit cibler en priorité les dossiers pour lesquels les ressources déclarées sont à zéro. Il s'agit d'un contrôle de supervision devant être réalisé par une personne autre que l'agent en charge du dossier. Ce contrôle vise à s'assurer que les conditions d'attribution du droit à la CMU-C sont remplies, conformément :

- aux pièces justificatives jointes à la demande de CMU-C
- à l'attestation sur l'honneur établie sur papier libre, en cas d'impossibilité de produire certaines pièces justificatives pour les ressources du foyer
- à toute information disponible dans le dossier.

³⁶ Différents contrôles conduits par la gendarmerie auprès des ferrailleurs et récupérateurs de métaux dans le sud de la France ont permis de constater un travail dissimulé concernant plusieurs personnes. A l'occasion de l'enquête, il est ressorti qu'elles étaient bénéficiaires du RMI (RSA socle aujourd'hui) et qu'elles ont été affiliées automatiquement de ce fait auprès de la CPAM au titre de la couverture maladie universelle et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Le fisc et d'autres organismes (URSSAF, CAF) ont également été impactés.

³⁷ Prestations supplémentaires à verser aux assurés suite à erreur

En 2010 dans le cadre des remontées statistiques fraudes, 8 cas de fraudes (déclaration à tort d'enfant à charge, fausse déclaration de ressources, non signalement de vie maritale) concernent la CMU-C/ACS sur 149 cas de fraudes constatés sur l'ensemble de la branche maladie, soit 5,37 %.

Le préjudice financier constaté est de 6 773 € (331 041 € pour l'ensemble de la branche maladie). Le montant total des sanctions et pénalités financières prononcées pour les fraudes relatives à la CMU-C/ACS est de 500 €.

CONCLUSION

Le Fonds CMU a été chargé d'élaborer le 5^{ème} 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, la remise régulière par le Gouvernement d'un rapport au Parlement est désormais limitée dans le temps, à l'exception de certains rapports, dont fait partie explicitement le rapport d'évaluation de la loi CMU.

Le 4^{ème} rapport d'évaluation avait été rendu public en septembre 2009, à l'occasion du colloque organisé pour célébrer le dixième anniversaire de la loi CMU. Utiliser le mot célébrer n'est pas neutre. En effet, dans l'histoire de la protection sociale, la loi du 27 juillet 1999 mérite une mention spéciale. S'adressant au décile le plus pauvre de la population, elle a véritablement permis une grande avancée dans l'accès aux soins des plus fragiles et des plus précaires.

Lors de l'élaboration d'un précédent rapport d'évaluation, le Fonds CMU avait reçu une contribution écrite de Médecins Sans Frontières qui montre que la loi CMU est effectivement une Grande Loi : « *Pendant plus de dix ans, MSF a soigné des personnes sans accès aux soins dans l'attente de l'ouverture de leurs droits. Aujourd'hui les bénéficiaires de la CMU sont à l'intérieur du système de soins et non dans les salles d'attente humanitaire* ». On ne peut que se satisfaire de cette appréciation positive.

Néanmoins, le 5^{ème} rapport d'évaluation s'attache à décrire également les situations insatisfaisantes, il les analyse sur la base de très nombreuses études initiées par le Fonds CMU, il propose des remèdes et formule des propositions. Ceci montre bien que le Fonds CMU n'est pas qu'un simple organisme financier, récupérant une taxe sur le chiffre d'affaires des OC et la reversant aux organismes gestionnaires sur la base d'un forfait. Le Fonds CMU, comme d'ailleurs le prévoit explicitement la loi fondatrice, est aussi un organisme chargé de suivre, d'analyser les situations, d'identifier les éventuels dysfonctionnements et de proposer des évolutions, donc de faire vivre la loi.

Dans cette conclusion, il sera relevé quelques uns des principaux problèmes qui interpellent sur les dispositifs CMU de base, CMU-C, et ACS. Sans faire une quelconque hiérarchisation, on doit mentionner :

- Le problème du plafond de ressources de la CMU-C. Fixé à l'origine en référence au seuil de pauvreté à seulement 50 % du revenu médian, chiffre qu'il n'avait d'ailleurs pas atteint, le plafond de ressources a été revalorisé depuis 11 ans selon l'évolution de l'indice des prix hors tabac. Il en découle un décrochage qui interpelle et mérite réflexion.
- Au 1^{er} janvier 2005 est entrée en vigueur l'ACS, cette création a eu le grand mérite de gommer, au moins partiellement, l'effet de seuil de la CMU-C. Alors que le taux de non recours à la CMU-C se situe à 20 %, chiffre considéré comme normal pour les minima sociaux, celui de l'ACS atteint 75 %. De nombreux efforts ont déjà été entrepris pour remédier à cet état de fait aussi choquant qu'incompréhensible.

Il faut persévérer et sans doute lancer d'autres actions nationales, tout en encourageant encore davantage les initiatives locales, car toutes les études montrent que pour les plus précaires, l'existence d'une complémentaire santé est fondamentale pour l'accès aux soins.

- Si le fait d'avoir une complémentaire santé permet de réduire le reste à charge sur prestations, le législateur de 1999 voulait que celui-ci soit nul pour la CMU-C. Le présent rapport montre que ce n'est pas le cas. Ceci pose problème et provoque des renoncements aux soins. C'est en optique que le reste à charge est le plus élevé, et ce avant le dentaire. Il est vrai que le panier de soins de la CMU-C relatif aux prothèses dentaires a été revu et revalorisé en juin 2006. Le panier de soins de l'optique n'a pas bougé depuis 1999.

- Pour l'ACS le problème du reste à charge est pire encore, car il est double. D'une part sur le prix du contrat, même si l'ACS en paye 60 %, d'autre part sur les prestations, car les bénéficiaires de l'ACS achètent des contrats de niveau inférieur.

Alors que les contrats collectifs obligatoires bénéficient d'une niche fiscal-social que la Cour des Comptes vient à nouveau de montrer du doigt, il n'est pas illégitime de penser que tout ou partie de cette niche serait plus efficacement et plus socialement utilisé au profit de la frange la plus précaire de la population.

Bien d'autres sujets pourraient être évoqués, mais comme la conclusion de ce rapport d'évaluation, n'a pas pour objet de noircir une loi qui est avant tout une des grandes avancées sociales de notre système de protection sociale, il convient d'en rester là et de se féliciter que la CMU existe et que globalement elle fonctionne bien.

TABLEAU RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS

	Page
Mettre en place des procédures inter-régimes permettant de faciliter la prise en charge par l'Assurance Maladie, au titre de la CMU de base, des assurés et ayants droits arrivant en situation de fin de maintien de droits dans un autre régime d'assurance maladie et pour lesquels la situation de rattachement n'a pu être établie en dépit des recherches effectuées pour rétablir leur situation.	76
Mettre en place des échanges entre la CNAMTS et la DGFIP afin que soient communiqués à l'Assurance Maladie les noms des personnes sans activité ayant des revenus supérieurs au plafond d'exonération de cotisation à la CMU de base.	80
Engager une réflexion, avec l'ensemble des partenaires concernés, sur une révision globale du panier de soins optique, afin de tenir compte de besoins non pris en charge au moment de la création de la CMU-C, en particulier en ce qui concerne l'amincissement des verres.	105
Préciser la mission des conciliateurs locaux, en l'absence de publication du décret d'application de la loi HPST. Développer au niveau local des observatoires rassemblant professionnels de santé et associations afin de signaler les situations de refus de soins.	112
Intégrer le problème de la désertification médicale dans les réflexions actuelles sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C.	118
Affilier immédiatement à la CMU de base (régime 806) les bénéficiaires du RSA socle et du RSA socle majoré qui se retrouveraient en fin de droits à l'Assurance Maladie.	134
En tenant compte des impératifs liés à la lutte contre la fraude, simplifier la constitution du dossier CMU-C/ACS par le demandeur en recherchant si les pièces justificatives relatives à la condition de résidence n'ont pas été produites en amont auprès d'un autre organisme de sécurité sociale.	134
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.	135
Accélérer et généraliser la pré-instruction des demandes de CMU-C par les caisses d'allocations familiales. Demander à la CNAF et à la CNAMTS de procéder à une nouvelle évaluation de la montée en charge du dispositif.	138

SUITE DES PROPOSITIONS

	Page
Développer des accords et formaliser des partenariats entre les caisses d'assurance maladie et les départements lorsqu'ils n'existent pas encore. Les CCAS constituent en effet des relais locaux importants pour favoriser la promotion et l'accès aux dispositifs de la CMU-C et de l'ACS.	149
Améliorer la lisibilité sur le périmètre des taxes existantes (taxe CMU-C, TSCA) en définissant juridiquement les différentes notions applicables : primes émises, primes échues, primes recouvrées et primes acquises.	151
Systématiser l'exploitation des fichiers de la DGFIP afin de détecter les personnes ne se soumettant pas à l'affiliation obligatoire à la CMU de base.	163
Mettre en place un accès des caisses d'assurance maladie aux données détenues par Pôle Emploi.	163

TABLEAU RECAPITULATIF DES PISTES DE TRAVAIL

	Page
Intégrer la problématique d'un relèvement du plafond CMU-C dans les réflexions sur les exemptions de cotisations sociales dont bénéficient les contrats collectifs.	41
Poursuivre l'effort de fiabilisation des données ACS remontées par les caisses d'assurance maladie dans le cadre des collaborations en cours avec le Fonds CMU.	55
Mesurer, dans le cadre de la promotion de l'ACS, l'impact des échanges CAF/CPAM à travers la mise en œuvre d'une requête nationale de suivi qui consistera à croiser le fichier des destinataires du courrier d'information avec celui des bénéficiaires d'attestations de droits quelques mois plus tard.	59
Poursuivre les efforts entrepris par l'ensemble des partenaires dans le but d'informer les bénéficiaires potentiels sur l'existence du dispositif ACS. Par des opérations de ciblage spécifiques, inciter les OC à poursuivre leurs efforts pour communiquer en direction de leurs assurés potentiellement concernés (bénéficiaires sortants du dispositif de la CMU-C, personnes en difficultés financières, familles monoparentales etc). Envisager une campagne de communication nationale sur l'ACS (télévision, spots radio etc.) dès lors que le plafond ACS aura été réévalué.	61
Poursuivre le travail de collaboration entre le Fonds CMU et le CETAF et envisager de nouveaux projets d'études, par exemple sur le parcours de soins des personnes éligibles à l'ACS.	90
Poursuivre et approfondir l'étude sur le RAC sur prestations conduite dans le cadre de l'enquête annuelle sur l'ACS en vue de sensibiliser les OC sur cette question. Lancer des études spécifiques auprès d'OC volontaires visant à appréhender le RAC global supportés par les bénéficiaires de l'ACS.	108
Renforcer la mobilisation de l'ensemble des acteurs dans le signalement et le suivi des refus de soins, afin de pouvoir objectiver le phénomène et ainsi développer les outils efficaces pour le réduire.	114
En concertation avec les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires, parvenir à la dématérialisation du formulaire de choix de l'organisme gestionnaire.	135
Suivre l'impact positif des nouvelles fonctionnalités de l'outil @RSA qui permettront aux instructeurs du RSA de recueillir les données nécessaires à l'instruction des demandes de CMU-C de manière dématérialisée, aux caisses chargées de leur instruction.	138

SUITE DES PISTES DE TRAVAIL

	Page
Favoriser les réflexions actuelles visant à améliorer la gestion du dispositif ACS tant par l'AMO que par l'AMC (création d'un code contrat ou d'un code mutuelle particulier permettant d'identifier les bénéficiaires ayant utilisé leur attestation).	143
Lancer une étude comparative entre le profil de consommation des bénéficiaires de l'ACS et celui des autres assurés auprès d'OC volontaires.	146
Suivre et évaluer l'expérimentation mise en œuvre par ATD Quart Monde avant d'envisager une communication plus large sur cette initiative. Si les conclusions sont favorables, un guide pratique pourrait être élaboré pour favoriser l'appropriation de cette démarche par d'autres structures.	148
Systématiser au niveau des caisses d'assurance maladie l'exploitation des signalements de fraude au RSA socle transmis par les caisses d'allocations familiales. Suivre la montée en charge de ces échanges au niveau national.	164
Intégrer dans la définition de l'indicateur sur le contrôle des ressources du programme 183 les montants des divergences constatées. Ceci notamment afin de savoir si elles sont négatives ou positives et si elles ont influé sur l'attribution ou la non attribution des droits à la CMU-C.	167

LISTE DES ANNEXES

1. LETTRE DE MISSION DE LA DSS
2. ENQUETE SANTE PROTECTION SOCIALE 2008
3. ÉTUDE DE L'INSEE SUR LES NIVEAUX DE VIE EN 2009
4. NOTE DE LA DREES SUR LES EFFECTIFS ELIGIBLES A LA CMU-C ET A L'ACS
5. ÉTUDE SUR LE RESTE A CHARGE DE DES BENEFICIAIRES DE LA CMU-C
(POINT DE REPERES DE LA CNAMTS ET SYNTHESE DES ETUDES LOCALES)
6. FOCUS SUR LE PANIER DE SOINS OPTIQUE
7. SYNTHESE DU TESTING 2011 SUR LES REFUS DE SOINS EN MILIEU RURAL
8. FOCUS SUR LES DEPENSES DU REGIME GENERAL
9. ANNUAIRE STATISTIQUE

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION DE LA DSS



**Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale**

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Le directeur

D 10-13471

Paris, le 21 JAN. 2011

Monsieur le directeur,

Vous avez bien voulu élaborer le quatrième rapport bisannuel d'évaluation de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), prévu par son article 34, en juillet 2009.

Compte tenu de vos liens privilégiés avec l'ensemble des acteurs de ce dispositif (caisses d'assurance maladie, organismes de protection sociale complémentaire, associations), je souhaite que vous élaboriez le nouveau rapport d'évaluation de la loi pour la fin du mois de novembre 2011.

Vous voudrez bien vous appuyer, comme le prévoit l'article 34 précité, sur les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et de l'exclusion sociale. Il sera en outre nécessaire d'articuler ce rapport avec les objectifs assignés par le projet annuel de performances en mettant l'accent sur l'accès aux droits et aux soins des personnes disposant de faibles ressources et sur les contrôles des ressources des demandeurs et bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Tout d'abord, je souhaiterais que votre rapport consacre un large développement sur l'accès aux soins dans ses multiples dimensions.

.../...

Monsieur Jean-François CHADELAT,
directeur du Fonds de financement de la
protection complémentaire de la couverture
universelle du risque maladie
Tour Onyx
10, rue Vandrezanne

75013 PARIS

14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00 - Télécopie : 01 40 56 72 05

À ce titre, pourra être analysée l'évolution des renoncements aux soins des publics concernés par la CMU complémentaire et l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS), soit comme bénéficiaires effectifs, soit comme public potentiel au regard du niveau des ressources, ainsi que des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Une appréciation des raisons conduisant les bénéficiaires d'une attestation de droit à l'ACS à ne pas l'utiliser auprès d'un organisme de protection complémentaire ou à ne pas entreprendre de démarche en vue d'obtenir le renouvellement de cette aide, ainsi que des dépenses restant à la charge des bénéficiaires pourra utilement compléter ce volet. Vous pourrez vous appuyer à cet effet sur les diverses études menées ou en cours à ce sujet.

Concernant l'accès aux droits, il conviendrait d'évaluer les actions mises en œuvre pour développer le recours aux dispositifs d'accès à une couverture complémentaire de santé et notamment les impacts d'une part du relèvement du plafond de ressources de l'ACS au 1^{er} janvier 2011, d'autre part des efforts de communication déployés par les caisses de sécurité sociale, en particulier la mise en place d'échanges de fichiers informatiques et de courriers ciblés auprès des bénéficiaires potentiels de l'ACS. Pour affiner ce dernier point, il serait utile de disposer d'informations concernant, d'une part l'apport du concours des organismes instructeurs du revenu de solidarité active (RSA) dans la facilitation des démarches des demandeurs du RSA socle en vue d'obtenir la CMU complémentaire, d'autre part l'impact de la mise en œuvre par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) du parcours attentionné auprès des demandeurs de la CMU complémentaire et l'avancement dans la mise en place d'un parcours attentionné auprès des demandeurs de l'ACS.

Il serait également souhaitable d'observer l'adaptation de l'offre particulière de certains organismes de protection complémentaire à ces publics, notamment en termes de prestations et de tarifs. Les efforts consentis par ces organismes afin d'aider à la lisibilité et à la comparabilité des contrats proposés à ces publics et de faciliter leurs démarches pour l'obtention du renouvellement de la CMU complémentaire ou de l'ACS pourront également faire l'objet d'un volet d'information précieux sur les initiatives prises pour le plein accès aux dispositifs d'aide des pouvoirs publics.

Enfin, je souhaiterais que vous produisiez un premier bilan de la mise en place du tiers payant social prévu aux articles 4 et 5 du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvé par arrêté du 3 mai 2010, tant pour les bénéficiaires de l'ACS que pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Au total, il conviendrait de cerner les causes du non recours à la CMU complémentaire et à l'ACS, l'apport de la CMU complémentaire et de l'ACS et leurs limites dans la promotion de l'accès aux soins ainsi que les actions pouvant être menées dans le cadre de ces dispositifs pour l'améliorer en direction des publics socialement fragilisés, dans le cadre des contraintes budgétaires rendant nécessaire une très grande rigueur dans la gestion des finances publiques et sociales.

Par ailleurs, il me semblerait intéressant que le rapport procède à une étude concernant l'accès à la CMU de base portant notamment sur le respect de l'obligation d'affiliation pour les personnes qui en relèvent et l'articulation avec le maintien de droit aux prestations en nature ou les autres situations ne devant pas donner lieu à affiliation à la

.../...

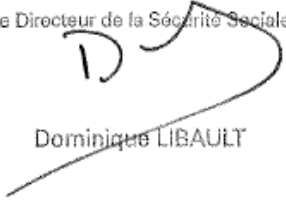
- 3 -

CMU de base (situation d'ayant droit, de rattachement au régime général à un autre titre...). Cette étude pourrait s'étendre au rapport entre le nombre de bénéficiaires de la CMU de base et le nombre de cotisants à ce titre et à l'efficacité du recouvrement de la cotisation dont ils sont redevables.

Je souhaiterais qu'une première version de votre rapport puisse m'être remise pour le 30 septembre 2011.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur de la Sécurité Sociale


Dominique LIBAULT

ANNEXE 2 : ENQUETE SANTE PROTECTION SOCIALE 2008

Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C,
une approche par le renoncement aux soins

Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins

Bénédicte Boisguérin^a, Caroline Després^b, Paul Dourgnon^c, Romain Fantir^c, Renaud Lega^{a*}

Les renoncements aux soins, ou besoins de soins non satisfaits, font l'objet d'un intérêt croissant de la part du régulateur et des scientifiques, notamment dans le cadre des problématiques d'inégalités sociales de santé. Un besoin non satisfait est évoqué quand un individu ne reçoit pas un soin, qu'il soit curatif ou préventif, qui aurait amélioré sa santé. Il pourrait à ce titre constituer un élément d'analyse de l'équité de l'accès aux services de santé.

Dans les enquêtes sur la santé, ces besoins non satisfaits sont recueillis par les niveaux d'utilisation des services de soins, qui ne rendent pas compte de la pertinence de ces recours ni de la qualité des soins reçus (Allin, Grignon, Le Grand, 2010) et à travers des questions sur le renoncement à des soins. En France, ce type de données est recueilli dans l'enquête ESPS depuis 1992.

Séduisant, le concept de renoncement s'est invité dans le débat public à partir de la fin des années 1990. Ainsi les travaux préparatoires à la loi instituant la couverture maladie universelle complémentaire¹ (CMU-C) faisaient le constat que le renoncement aux soins pour raisons financières touchait une personne sur cinq en France, en qualifiant cette situation d'inacceptable. La mesure et le suivi du renoncement aux soins pour raisons financières devenaient alors un élément central pour évaluer l'efficacité de la mesure, ceci avant même que le concept ait été totalement clarifié ou que la méthode de mesure ait été pleinement validée.

Pourquoi utiliser l'information sur le renoncement aux soins quand une autre information, objective, existe sur l'utilisation des services de santé ?

Les statistiques sur l'utilisation des services de santé (taux de consommateurs, nombre de recours) permettent d'identifier des différences de recours moyen entre groupes sociaux. Des différences d'accès aux soins de spécialistes selon le niveau de revenu, contrôlées des différences d'état de santé selon le revenu, ont été documentées à partir d'informations de ce type (Couffhinal, 2004). Cependant ces différences ne sont que relatives (rapport d'un groupe à un autre, rapport à la moyenne de la population), et non à un besoin de soins ressenti par un individu ou estimé par un professionnel de santé. On peut ainsi identifier qui consomme plus, qui consomme moins, mais pas qui consomme trop, ou pas suffisamment. Le concept de renoncement permet d'établir ce rapport à un besoin de soins : « Avez-vous renoncé à des soins dont vous aviez besoin (...) ». A ce titre, il apporte une information supplémentaire à la mesure objective de l'utilisation des services de santé. Cependant, ce gain conceptuel recèle un nouveau problème. Le besoin de soins que le concept intègre est un besoin de soins individuel ressenti et non un besoin de soins médicalement fondé. Il est donc susceptible de varier, à besoin de soins médical donné, d'un individu ou d'un groupe à l'autre. Plusieurs éléments d'explication peuvent être à l'origine de ces différences.

Cette contribution qui préfigure un projet de recherche plus large comporte quatre parties. D'abord, nous revenons sur le concept de renoncement aux soins : ce qu'il traduit, ce qu'il apporte à l'analyse de l'accessibilité des services de santé. La deuxième partie, empirique, s'appuie sur les données de l'enquête ESPS 2008 et met en perspective les cinq derniers points d'enquête, depuis 1998. Les facteurs potentiels de renoncement aux soins ainsi que l'évolution au cours du temps du renoncement aux soins y sont analysés. En particulier, nous explorons ce que le renoncement aux soins décrit de l'évolution de l'accès aux services de santé des assurés CMU-C. La troisième partie, méthodologique, précise comment il convient de mesurer des différentiels de renoncement entre CMU-Cistes et autres à partir d'ESPS. Enfin, la quatrième et dernière partie présente les grands axes d'un travail de recherche à venir sur le renoncement.

* Les auteurs tiennent à remercier leurs relecteurs : Yann Bourguet, Denis Raynaud, Lucile Olier et Anne-Marie Brocas.

a Drees.

b Chercheuse associée à l'Ides.

c Ides.

1 Rapport d'informations déposé par la Commission des affaires culturelles familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

1. Le renoncement aux soins, une question pour la recherche et pour l'évaluation des politiques publiques

1.1. Le renoncement aux soins : définition générale

Du latin *renunciare*, on entend par « renoncement » l'action de cesser de rechercher ce à quoi on tenait, de s'en détacher. Le renoncement peut aussi être défini comme le fait d'abandonner un projet. Le renoncement renvoie donc à une séquence comportant deux étapes. Dans un premier temps, un désir - ou besoin - est exprimé. Dans un deuxième temps, si ce besoin est abandonné, il donne lieu à un renoncement. En santé, le renoncement aux soins renvoie donc à un besoin de soins non satisfait. En anglais, c'est souvent le terme *unmet needs* qui est utilisé pour faire référence au renoncement.

1.2. Renoncement aux soins et équité d'accès aux services de santé

En santé, l'« équité » dans sa dimension horizontale, peut être définie par le fait que deux personnes ayant un même état de santé reçoivent les mêmes soins. Autrement dit, elle exprime la capacité du système de santé à donner accès aux soins en fonction et uniquement en fonction des besoins de soins. Une approche commune pour mesurer l'équité d'accès consiste à étudier si d'autres facteurs que les besoins de santé, en particulier des facteurs socio-économiques, affectent l'« utilisation » des services de santé. Ce type d'approche présente toutefois un certain nombre de limites. En effet, la mesure de l'utilisation est délicate et ne prend pas suffisamment en compte le degré d'adéquation avec les besoins de soins, qui sont eux-mêmes difficiles à mesurer. Ceux-ci sont le plus souvent approchés à travers l'état de santé subjectif, *proxy* toutefois imparfait des besoins de soins. Le renoncement aux soins, qui fait référence à un besoin de soins non satisfait, peut alors compléter les mesures objectives d'utilisation des services de santé, et remédier en partie à ses limites (Allin, Grignon, Le Grand ; 2010), au prix d'une hypothèse non négligeable : les besoins de soins ressentis par les individus reflètent sans biais leurs besoins de soins médicaux.

1.3. Renoncement aux soins et accès aux soins

L'existence de renoncements aux soins interpelle légitimement les pouvoirs publics, en tant que signe de difficultés perçues d'accès aux soins d'une partie de la population. De plus, si les renoncements touchent davantage certains groupes sociaux que d'autres, ces différences peuvent refléter des problèmes d'équité d'accès aux services de santé. C'est pourquoi une politique de santé pourrait se donner comme objectif de combattre le renoncement aux soins. Les outils de politique publique seraient très différents selon le motif de renoncement. En cas de motif financier, on pourra chercher à accroître la solvabilité de la demande, par exemple en étendant la couverture. En cas de problèmes d'accessibilité géographique ou de temps d'attente trop longs, on pourra agir sur la répartition spatiale de l'offre médicale.

1.4. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'enquête ESPS

Le renoncement aux soins pour raisons financières est l'une des facettes du renoncement aux soins. Dans ce cas, le non recours aux soins résulte de difficultés financières attendues : recourir aux soins coûterait trop cher. Depuis 1992, dans le questionnaire principal de l'Enquête santé et protection sociale de l'Irdes, figure une question portant spécifiquement sur le renoncement aux soins pour raisons financières. Jusqu'en 2002, la question était posée en deux temps : « Vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? », puis en cas de réponse positive : « Était-ce au cours des douze derniers mois ? ». Depuis 2004, la question est formulée ainsi : « Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? ». Ensuite, en cas de réponse affirmative et afin de connaître les soins concernés, la question suivante est également posée : « A quels soins avez-vous renoncé pour raisons financières ? (3 réponses possibles) »³.

2 Sources : Dictionnaire Larousse et Centre national de ressources textuelles et lexicales.

3 La réponse de la personne est ensuite classée dans une liste de soins : « dentier ; couronne, bridge, implant dentaire ; soins de genouilles ; à un autre soin dentaire ; lunettes (verres, montures, lentilles) ; prothèse auditive ; consultations, visites et soins de spécialistes consultations, visites et soins de généralistes ; radios et autres examens d'imagerie ; pharmacie non remboursable ; pharmacie remboursable ; kinésithérapie, massages ; analyses de laboratoires ; cure thermique ; autres, précisez ».

1.5. Le renoncement aux soins pour raisons financières comme indicateur d'accessibilité des soins, des droits

En dehors des travaux de recherche, cette question de l'enquête ESPS est mobilisée pour la construction d'un certain nombre d'indicateurs d'accès aux soins. Ainsi, l'objectif 33 de la loi de santé publique visant à « réduire les obstacles financiers d'accès aux soins pour les personnes en situation précaire » mobilise le taux de renoncement aux soins dentaires et optiques pour raisons financières calculé pour différentes classes de revenus et de niveaux de vie. Une attention particulière est portée aux personnes disposant de faibles ressources. Dans le rapport 2009-2010 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES)⁴, le taux brut de renoncement aux soins pour raisons financières est suivi sur la période 1998-2006. L'indicateur apparaît dans la rubrique « Non accès aux droits fondamentaux », au même titre que la part des demandes de logement social non satisfaites au bout d'un an. Afin d'« assurer un égal accès aux soins », le programme maladie des programmes de qualité et d'efficacité du Projet de loi et de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) suit aussi l'évolution du renoncement aux soins pour raisons financières. Plus précisément est suivi l'écart entre le renoncement des CMU-Cistes d'une part et le renoncement des détenteurs d'une couverture complémentaire privée d'autre part. Cependant les évolutions de l'indicateur montrent la complexité du concept et le besoin d'explorations complémentaires, dont ce document constitue le point de départ.

2. Le renoncement aux soins en France : différentiels sociaux et variations temporelles dans l'enquête ESPS

Nous cherchons ici à apporter un premier éclairage empirique sur le renoncement comme mesure alternative de l'accès aux soins, nous décrivons comment le niveau de renoncement a évolué de 1998 à 2008, sa dispersion entre groupes sociaux, et nous discutons les différences de renoncement entre CMU-Cistes et assurés complémentaires.

Après avoir fait le constat de différences de renoncement entre CMU-Cistes et assurés complémentaires, nous cherchons à vérifier si la mise en place de la CMU-C s'est accompagnée d'une

modification des niveaux de renoncement des catégories de population les moins riches. Enfin nous adoptons une analyse standardisée par âge et par sexe pour vérifier si les différences observées peuvent être expliquées – à défaut d'être justifiées – par des différences de structures démographiques entre les deux populations plutôt qu'au fait d'avoir la CMU-C.

2.1. Préambule méthodologique : pondérations et choix des variables d'intérêt

Pour des raisons d'échantillonnage et de non-participation, l'échantillon ESPS n'est pas tout à fait représentatif de la population vivant en France. Nous avons choisi d'attribuer des poids à chaque individu pour corriger ce problème. Pour les calculer, nous avons identifié quatre facteurs jouant un rôle dans le renoncement : l'âge, le sexe, le régime de Sécurité sociale et la part de CMU-Cistes. En effet, si la distribution de ces variables n'est pas correctement respectée, nos estimations risquent d'être biaisées. L'échantillon pondéré utilisé dans la première partie de l'étude suit donc la même distribution que la population générale pour ces quatre variables.

Un des objectifs de l'étude étant d'analyser les différences entre les CMU-Cistes et les bénéficiaires d'une assurance privée, nous nous limiterons à la population des 18-64 ans. En effet, à partir de 65 ans, le nombre de CMU-Cistes est trop faible pour pouvoir être comparé à la population générale.

Pour approximer le besoin de soins, nous avons choisi d'ajouter à l'âge et au sexe des mesures de l'état de santé ressenti par les individus. Dans l'enquête ESPS, il est demandé à l'enquêté d'évaluer son état de santé général et l'état de sa dentition de Très mauvais à Très Bon. Dans les deux cas, nous avons regroupé les modalités Bon/Très bon et Mauvais/Très mauvais afin que les effectifs soient assez importants. Nous avons aussi choisi d'ajouter le fait d'être ou non pris en charge pour une affection longue durée (ALD) car cela donne aussi une indication sur les besoins de soins. Ces mesures ne sont évidemment pas parfaites mais elles peuvent nous donner des pistes de réflexion intéressantes, qu'il faudra creuser par la suite.

Afin d'approximer la situation financière des individus, nous avons divisé la population en quintiles de revenu. Nous avons utilisé les revenus déclarés du ménage, ramenés en ressources par unité de consommation Insee. A titre indicatif, dans notre échantillon, les personnes du premier quintile vivent avec moins de 870 € par mois et par uni-

⁴ « Bilan de dix ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise ». Rapport 2009-2010 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

té de consommation contre plus de 2 000 € pour celles du quintile le plus aisé. On retrouve ici des chiffres très proches de ceux calculés par l'Insee dans l'Enquête sur le budget des familles 2006.

La base de prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance maladie varie selon le type de soins et la pathologie. En particulier, les maladies reconnues chroniques font l'objet d'un remboursement intégral par le régime obligatoire alors que les soins dentaires et d'optique⁵ sont essentiellement couverts par les régimes complémentaires. C'est pourquoi nous retenons parmi nos variables d'intérêt, d'une part l'assurance complémentaire (non couverte, CMU-C ou couverture complémentaire privée), et d'autre part le fait d'être exonéré au titre d'une affection longue durée (ALD). L'ALD conduit certes à une prise en charge à 100 % des soins en rapport, mais pourtant à des restes à charge en moyenne plus élevés.

2.2. Renoncement, état de santé et catégorie sociale

En 2008, 16,5 % de la population de 18 à 64 ans a déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires concerne 10,7 % de la population, ce qui en fait le type de soins le plus touché devant la lunetterie (4,0 %).

L'analyse du renoncement aux soins pour raisons financières selon chacune de ces dimensions est présentée dans le Tableau I. L'âge et le sexe semblent bel et bien avoir un effet sur le renoncement aux soins. Par ailleurs, plus l'état de santé général (approché par l'état de santé auto-déclaré ou par le statut ALD) est mauvais et plus le risque de renoncer à des soins augmente, et ce dans des proportions très importantes. Ce constat est encore plus marqué quand on regarde l'influence de l'état de santé dentaire. Ce résultat n'est pas surprenant puisqu'une grande partie des renoncements aux soins concerne précisément des soins dentaires. Ainsi, il semble que plus les personnes ont besoin de se soigner, plus elles ont de risque de devoir renoncer aux soins⁶. On observe un

gradient très important du renoncement aux soins selon le niveau de vie : les personnes appartenant au quintile le plus pauvre ont plus de trois fois plus de risques de devoir renoncer à des soins que celles du quintile le plus aisé. Le gradient selon le niveau d'études est moins marqué. Pourtant, le niveau d'études est corrélé avec le niveau de vie : le revenu augmente avec le niveau d'études. Ainsi, dans notre échantillon, le revenu médian par unité de consommation d'une personne sans diplôme est de 1 020 € contre 1 840 € pour les personnes ayant un diplôme post-baccalauréat. On aurait donc pu s'attendre à des écarts plus importants. Dès lors, l'interprétation de ce résultat est plus difficile. Il faudra une étude complémentaire pour pouvoir dire si le niveau d'études en tant que tel a un impact sur le taux de renoncement ou s'il s'agit seulement d'un effet de revenu.

La CMU-C ne permet pas de combler totalement l'écart entre ses bénéficiaires et les personnes ayant une complémentaire privée ($p < 0.0001$). Malgré tout, les CMUistes renoncent beaucoup moins souvent à des soins que les personnes n'ayant pas de complémentaire, ce qui tend à confirmer l'impact positif du dispositif sur l'accès aux services de santé.

Les différences observées laissent présager des effets du statut économique et social et de l'état de santé. Mais une étude plus approfondie, prenant en compte de façon simultanée l'ensemble de ces facteurs est nécessaire pour pouvoir conclure de manière plus satisfaisante.

⁵ En 2008, 16,5 % de la population de 18 à 64 ans a déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires concerne 10,7 % de la population, ce qui en fait le secteur le plus touché devant l'achat de lunettes (4,0 %).

⁶ Rappelons toutefois que seule une analyse multivariée nous permettra par exemple de vérifier si les deux dimensions de la santé évoquées (générale et dentaire), ont chacune un rôle distinct ou si elles se recoupent. Ceci fera l'objet d'un travail ultérieur décrit plus bas.

Tableau I
Taux de renoncement pour raisons financières en 2008

	Taux de renoncement	Effectif pondéré	Chi-deux
Sexe		6 494	<0.0001
Homme	13,0	3 074	
Femme	19,8	3 420	
Age		6 494	0.001
18-29	13,6	1 615	
30-44	17,7	2 144	
45-64	17,4	2 735	
Etat de santé déclaré		4 749	<0.0001
Mauvais ou très mauvais	34,4	143	
Moyen	26,9	821	
Bon ou très bon	13,2	3 785	
Etat dentaire déclaré		4 725	<0.0001
Mauvais ou très mauvais	44,5	407	
Moyen	21,4	1 452	
Bon ou très bon	9,6	2 866	
ALD		6 494	<0.0001
Oui	22,8	696	
Non	15,8	5 798	
Niveau de vie		4 978	<0.0001
1 ^{er} quintile de revenu par UC	24,3	801	
2 ^e quintile de revenu par UC	23,2	896	
3 ^e quintile de revenu par UC	16,5	1 040	
4 ^e quintile de revenu par UC	15,2	1 100	
5 ^e quintile de revenu par UC	7,5	1 140	
Niveau d'études		6 446	0.005
Sans diplôme	18,3	1 404	
CAP, BEP	18,0	1 910	
Baccalauréat	16,0	1 038	
Bac +2 et plus	14,4	2 095	
Taille du ménage		6 494	<0.0001
Personnes seules	21,5	963	
Ménages de 2 à 4 personnes	15,1	4 734	
Ménages de 5 personnes et plus	19,3	797	
Complémentaire		6 494	<0.0001
CMU	21,0	356	
Privée	15,3	5 742	
Sans	30,4	396	
Total	16,5	6 494	

Source : ESPS 2008, y compris le suréchantillon de CMU-Cistes.

Champ : 18-64 ans.

2.3. Le renoncement au cours du temps

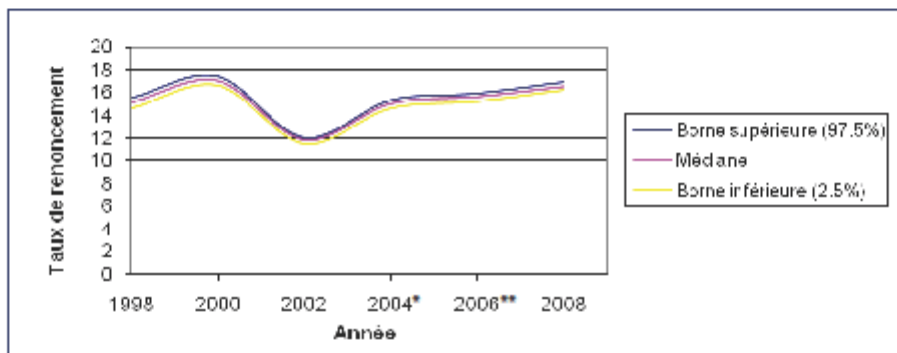
Evolution du renoncement en population générale

En 2008, 16,5 % de la population de 18 à 64 ans a déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Quel était ce taux par le passé ? Pour y répondre, nous avons mobilisé les éditions 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 et 2008 de l'enquête ESPS, ce qui nous fournit 6 points de comparaison et une période d'étude large de dix ans. Rappelons que la question sur le renoncement aux soins n'a pas toujours été posée de la même façon au fil de ces différentes enquêtes. Ainsi, jusqu'en 2002, la

question était posée en deux temps : « Avez-vous déjà renoncé à des soins ? Si oui, dans les douze derniers mois ? ». A partir de 2004, la référence temporelle a été réintégrée dans la question. Néanmoins, cette légère modification n'est pas de nature à expliquer à elle seule des tendances profondes. En revanche la taille de l'échantillon nous permet bien de mettre en évidence des tendances.

Le taux de renoncement à des soins pour des raisons financières augmente entre 1998 et 2000. Il chute ensuite fortement de 2000 à 2002. Depuis, il semble en constante augmentation et est quasiment revenu à son niveau de 2000.

Figure 1
Taux de renoncement en population générale entre 1998 et 2008. Intervalle de confiance à 95 %



Source : ESPS 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Champ : 18-64 ans.

* Modification de la question à cette date.

** Ajout d'un suréchantillon de CMU-Cistes à partir de cette date.

3. La CMU-C a-t-elle réduit le renoncement financier des personnes les plus modestes ?

La mise en place de la CMU-C avait pour but de réduire l'écart de renoncement pour raisons financières entre les personnes les plus pauvres et le reste de la population. Nous suivons l'impact de la réforme au travers du renoncement aux soins selon deux approches. Dans un premier temps, nous suivons le niveau de renoncement des catégories modestes depuis 1998, soit deux ans avant la réforme, ce qui nous permet d'observer l'accès aux soins de cette catégorie sociale avant et après l'introduction du dispositif. Dans une deuxième approche, nous suivons l'évolution de l'écart entre le renoncement des CMUistes et celui des assurés complémentaires depuis l'implémentation de la CMU-C en 2000.

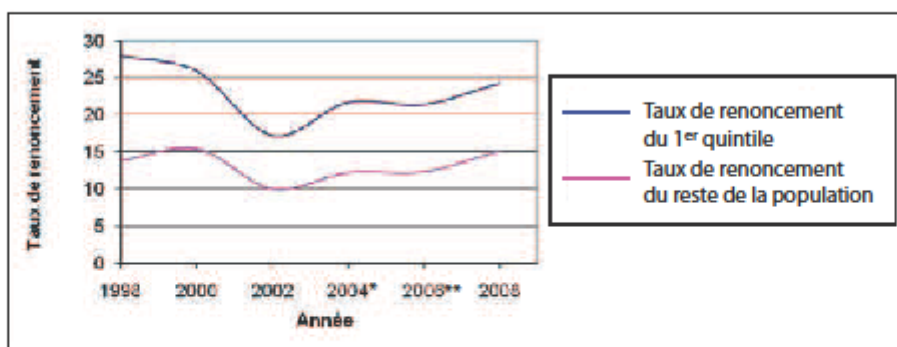
3.1. Le renoncement des plus modestes

Afin de suivre les personnes modestes, nous procédons comme suit. Nous approchons cette catégorie des personnes modestes par le premier quintile de revenu par unité de consommation. Cette catégorie n'est pas superposable à la catégorie des personnes éligibles à la CMU-C,

qui sont essentiellement situées dans le premier décile. Nous optons pour une décomposition en quintiles plutôt qu'en déciles pour des raisons de robustesse statistique. Ce choix n'est pas sans conséquence sur la précision de l'effet que nous cherchons à observer. En effet, moins de la moitié des personnes du premier quintile de revenus par unité de consommation sont éligibles à la CMU-C. L'effet de la réforme sur le renoncement observé à travers l'observation du premier quintile est donc dilué, et probablement sous-estimé.

On constate sur la figure 2 que les deux courbes ont des évolutions globalement parallèles. L'écart entre les deux taux de renoncement était de 14.2 points en 1998, c'est-à-dire avant la mise en place de la CMU-C. Il a semblé se stabiliser entre 9.1 et 10.5 après la mise en place de la CMU-C. Seule l'enquête de 2002 se démarque à nouveau, par un écart plus faible (7.2 points). La précision des estimations ne permet pas d'assurer qu'il y a bel et bien une différence entre les deux périodes. Mais il faut néanmoins rappeler que moins de la moitié des personnes du premier quintile bénéficie de la CMU-C.

Figure 2
Taux de renoncement de la population du quintile de revenu le plus bas entre 1998 et 2008



Source : ESPS 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Champ : 18-64 ans.

* Modification de la question à cette date.

** Ajout d'un suréchantillon de CMU-Cistes à partir de cette date.

3.2. Le renoncement des CMUistes

Dans une deuxième étape, pour avoir une idée plus précise de l'effet de la CMU, nous suivons directement l'évolution du différentiel de taux de renoncement entre CMUistes et détenteurs d'une assurance complémentaire privée. Pour cela, nous calculons l'indicateur Δ construit comme la différence, en points de pourcentage, entre le taux de renoncement des CMUistes et celui des non-CMUistes ayant une couverture complémentaire privée.

$$\Delta = \text{Taux}_{CMU} - \text{Taux}_{CC}$$

Comme nous cherchons à estimer le taux de renoncement des CMUistes en France, il est préférable de ne pas utiliser les poids corrigeant l'ensemble de l'échantillon. Nous allons caler notre sous-échantillon sur la population des CMUistes recensés par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) en termes d'âge et de sexe. Cela nous permettra d'avoir un sous-échantillon de CMUistes représentatif de la population générale des CMUistes.

En l'absence de données exhaustives sur la structure démographique des bénéficiaires d'une assurance privée en France, nous utilisons la distribution Insee de la population générale comme référence⁷. Ce mode de calcul nous permet d'ap-

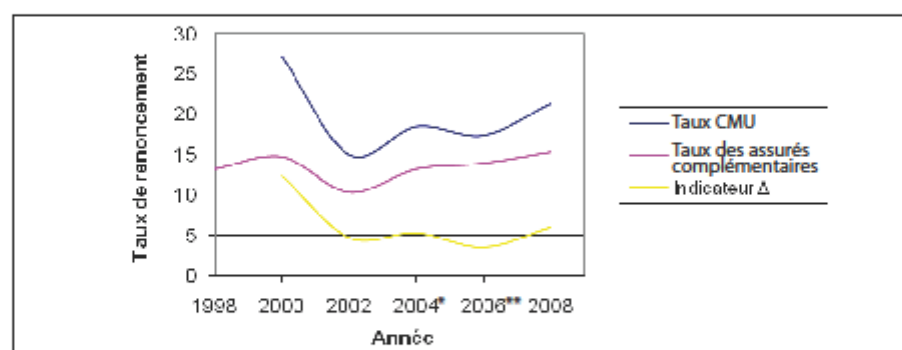
proximer la différence de taux de renoncement entre les deux populations au cours du temps.

L'évolution du taux de renoncement des personnes ayant une assurance complémentaire privée montre une diminution du renoncement de 2000 à 2002, suivie d'une tendance claire à la hausse de 2002 à 2008. Le taux de renoncement des CMUistes a chuté plus fortement encore entre 2000 et 2002. Cela tient sans doute au fait que les individus de l'enquête 2000 n'avaient pas pu bénéficier de la CMU-C pendant l'intégralité des douze mois précédents. On peut donc y voir un effet de la mise en place du dispositif. La remontée du taux de renoncement des CMUistes qui suit est plus difficile à interpréter pour des raisons de significativité statistique. Toutefois cette évolution est parallèle avec les évolutions observées dans la population générale et du premier quintile de revenu. Il semble donc que la hausse du taux de renoncement des CMUistes s'inscrive dans un phénomène de renoncement touchant l'ensemble de la population.

L'évolution de l'indice Δ montre que l'écart de taux de renoncement entre les CMUistes et les bénéficiaires d'une assurance complémentaire privée a baissé significativement entre 2000 et 2002. Depuis, l'indicateur ne semble pas varier dans un sens ou dans un autre. La précision de l'indicateur dépendant de celles de ses composantes, elle est limitée par le nombre de CMUistes interrogés. Il semble donc qu'à partir de 2002, l'indice Δ se soit stabilisé.

⁷ Nous faisons l'hypothèse que les biais de représentativité qui touchent l'échantillon total sont les mêmes que ceux qui touchent les détenteurs d'une assurance complémentaire privée, hypothèse très réaliste car les assurés complémentaires représentent 87 % de l'échantillon total.

Figure 3
Evolution de l'indicateur Δ entre 2000 et 2008



Source : ESPS 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Champ : 18-64 ans.

* Modification de la question à cette date.

** Ajout d'un suréchantillon de CMU-Cistes à partir de cette date.

ANNEXE 3 : ÉTUDE DE L'INSEE SUR LES NIVEAUX DE VIE EN 2009

N° 1365 - AOÛT 2011

Les niveaux de vie en 2009

Philippe Lombardo, Éric Seguin, Magda Tomasini,
division Revenus et patrimoine des ménages, Insee

En 2009, selon l'enquête Revenus fiscaux et sociaux, le niveau de vie médian s'élève à 19 080 euros annuels, soit une augmentation en euros constants de 0,4 % par rapport à 2008. Les 10 % des personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 10 410 euros tandis que pour les 10 % les plus aisées, ce niveau est d'au moins 35 840 euros, soit 3,4 fois plus.

Le seuil de pauvreté, qui correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population, s'établit à 954 euros mensuels en 2009. 13,5 % des personnes vivent en dessous de ce seuil, soit 8,2 millions de personnes. Le taux de pauvreté s'accroît de 0,5 point entre 2008 et 2009.

L'augmentation du nombre de personnes pauvres peut être rapprochée de la hausse du chômage induite par la crise. Toutefois des mesures ponctuelles et la montée en charge progressive du revenu de solidarité active ont permis de limiter les effets de la crise.

En 2009, 10,1 % des actifs ayant au moins 18 ans sont pauvres, soit une augmentation de 0,6 point par rapport à 2008. Parmi les personnes occupant un emploi, ce sont les non-salariés qui sont touchés par la hausse de la pauvreté : leur taux de pauvreté passe de 15,3 % à 16,9 %.

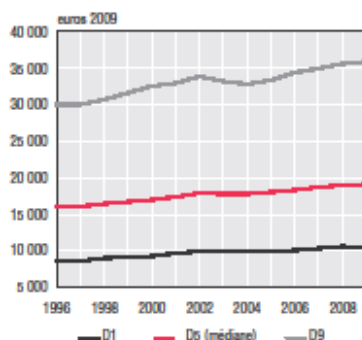
En 2009, selon l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS), le niveau de vie médian des personnes vivant dans un ménage (définitions) de France métropolitaine est de 19 080 euros par an, soit 1 590 euros par mois. Par construction, tous les membres d'un même ménage ont le même niveau de vie (définitions). Il correspond au revenu disponible du ménage (définitions) divisé par le nombre d'unités de consommation de celui-ci. Le revenu disponible du ménage est la somme de l'ensemble des revenus de ses membres, après redistribution, c'est-à-dire après prise en compte des

principales prestations sociales et paiement des impôts directs. Les unités de consommation (UC) sont calculées de façon à tenir compte des économies d'échelle liées à la vie en commun. Le premier adulte du ménage compte pour 1 UC puis les autres personnes âgées de 14 ans ou plus pour 0,5 UC et enfin, les enfants de moins de 14 ans pour 0,3 UC. En 2008, le niveau de vie médian s'élevait à 19 000 euros par an ; il a progressé en euros constants de 0,4 % entre 2008 et 2009.

En 2009, le niveau de vie des 10 % des personnes les plus modestes est inférieur à 10 410 euros annuels (D1), en baisse de 1,1 % par rapport à 2008. Alors que l'évolution moyenne annuelle relevée entre 2005 et 2008 pour chacun des quatre premiers déciles était d'environ + 2 %, la tendance s'inverse entre 2008 et 2009 : en euros constants, les quatre premiers déciles diminuent, la baisse étant plus marquée pour le premier décile (graphique).

En revanche, la médiane (D5) ainsi que les déciles de niveau de vie supérieurs augmentent. Le niveau de vie des 10 % les plus aisés est supérieur à 35 840 euros annuels (D9) en

Évolution de quelques déciles de niveau de vie entre 1996 et 2009



Lecture : en 2009, la moitié des personnes disposent d'un niveau de vie annuel inférieur à 19 080 euros (D5) et 10 % des personnes ont un niveau de vie inférieur à 10 410 euros (D1).

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 et sociaux métropolitaines 1996 à 2004, Insee-DGPR-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2009.



1 Indicateurs d'inégalité de niveau de vie

	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009
D9/D1	3,5	3,4	3,5	3,4	3,3	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
D9/D5	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
D5/D1	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
S20 (en %)	9,0	9,2	9,1	9,3	9,3	9,0	9,0	9,0	9,0	8,9
S50 (en %)	31,0	31,2	30,8	31,1	31,2	31,0	30,7	30,7	30,9	30,7
S80 (en %)	63,0	63,0	62,0	62,3	62,4	62,0	61,6	61,8	61,6	61,8
(100-S80)/S20	4,1	4,0	4,2	4,1	4,0	4,2	4,3	4,3	4,3	4,3
Indice de Gini	0,279	0,276	0,286	0,281	0,281	0,286	0,291	0,289	0,289	0,290

Lecture : en 2009, le rapport entre le niveau de vie pluriplancher des 10 % des personnes les plus aisées et le niveau de vie plafond des 10 % les plus modestes s'élevait à 3,4. Les 20 % les plus pauvres ont 8,9 % de la masse des niveaux de vie (S20) tandis que les 20 % les plus aisés en ont 38,2 % (100-S80), soit 4,3 fois plus. L'indice de Gini permet de mesurer le degré d'inégalité de la distribution des revenus pour une population donnée. Il varie entre 0 et 1, la valeur 0 correspondant à l'égalité parfaite (tout le monde a le même revenu), la valeur 1 à l'inégalité extrême (une personne a tout le revenu, les autres n'ayant rien).

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-DGFP, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux métropolitaines 1996 à 2004, Insee-DGFP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2006 à 2009.

2 Indicateurs de pauvreté

	2006	2007	2008	2009
Seuil à 60% de la médiane				
Nombre de personnes pauvres (en milliers)	7 828	8 035	7 836	8 173
Taux de pauvreté (en %)	13,1	13,4	13,0	13,5
Seuil de pauvreté (euros 2009/mois)	915	935	950	954
Niveau de vie médian des personnes pauvres (euros 2009/mois)	750	765	774	773
Intensité de la pauvreté (en %)	18,0	18,2	18,5	19,0
Seuil à 50% de la médiane				
Nombre de personnes pauvres (en milliers)	4 188	4 281	4 272	4 507
Taux de pauvreté (en %)	7,0	7,2	7,1	7,5
Seuil de pauvreté (euros 2009/mois)	763	779	792	795
Niveau de vie médian des personnes pauvres (euros 2009/mois)	630	647	652	657
Intensité de la pauvreté (en %)	17,4	17,0	17,7	17,4

Lecture : en 2009, 13,5 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (taux de pauvreté). La moitié des personnes pauvres a un niveau de vie inférieur à 773 euros par mois, soit un écart de 19,0 % au seuil de pauvreté. Cet écart représente l'intensité de la pauvreté.

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-DGFP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2006 à 2009.

« La prise en compte des mesures exceptionnelles de 2009 »

Des mesures d'aides ponctuelles sociales et fiscales ont été prises en 2009 afin de limiter les effets de la crise économique sur les ménages modestes :

* un crédit d'impôt égal aux deux tiers de l'impôt sur le revenu 2008 que devaient initialement acquitter en 2009 les foyers dont le revenu net imposable par part n'excédait pas 11 673 euros, soit la limite de la première tranche de l'impôt sur le revenu. Le montant du crédit d'impôt est ensuite dégressif pour s'annuler au niveau de 12 475 euros ;

* une prime « de solidarité active » de 200 euros versée au début de l'année 2009 aux foyers allocataires du RMI, de l'API, ainsi qu'aux allocataires d'une aide au logement sous certaines conditions d'activité professionnelle ;

* une prime exceptionnelle de 150 euros versée aux familles modestes éligibles à l'allocation de rentrée scolaire pour la rentrée 2008.

Ces deux dernières mesures, prime « de solidarité active » et prime exceptionnelle, ont eu pour effet de diminuer le taux de pauvreté relatif à l'année 2009 de 0,2 point.

Le crédit d'impôt a quant à lui concerné les statistiques de l'année 2008. En effet, la mesure du revenu utilisée dans l'enquête Revenus fiscaux et sociaux 2009 s'appuie sur le revenu perçu au cours de l'année 2009 et sur l'impôt calculé sur ce revenu et prélevé en 2010. Le crédit d'impôt a principalement bénéficié aux personnes dont le niveau de vie se situe dans le milieu de la distribution et a eu un effet à la hausse sur le niveau de vie médian et donc sur le seuil de pauvreté. Ainsi, paradoxalement, cette mesure de soutien du pouvoir d'achat en élevant le seuil de pauvreté a contribué mécaniquement à augmenter la proportion de pauvres en 2008. Sans cette mesure, le taux de pauvreté en 2008 aurait été plus bas, et l'augmentation du taux de pauvreté entre 2008 et 2009 aurait donc été plus élevée, de l'ordre de 0,2 point.

2009, soit 3,4 fois plus que celui des 10 % des plus modestes (tableau 1). Il a crû de 0,7 % par rapport à 2008, ce qui marque un ralentissement dans la progression de ce décile. Au total, le contexte de crise économique se répercute sur l'ensemble des ménages, mais ce sont les plus modestes qui sont les plus touchés.

L'année 2009 est marquée par une hausse du nombre de chômeurs dans le bas de la distribution des niveaux de vie. Ces chômeurs représentent 9,8 % des personnes appartenant aux deux premiers déciles contre 8,5 % en 2008, soit une augmentation de 1,3 point. Pour l'ensemble de la population, cette proportion est de 3,6 % en 2008 et de 4,4 % en 2009, soit une hausse de 0,8 point. De fait, l'évolution du chômage affecte en retour la composition du revenu disponible des ménages les plus modestes : les allocations chômage en représentent, ainsi, 7,5 % en 2009 contre 6,2 % en 2008 pour les ménages dont le niveau de vie est inférieur au 1^{er} décile tandis que la part des salaires et des autres revenus d'activité diminue (33,3 % contre 36,2 %). Cette plus grande proportion de chômeurs entraîne ainsi une baisse du premier décile de niveau de vie (D1).

Les versements de prestations consécutifs à la perte de revenus du travail atténuent quelque peu la baisse des niveaux de vie. La part des prestations sociales augmente dans le premier décile, passant de 36,3 % à 39,3 %. En particulier, des mesures ponctuelles ont permis d'atténuer les effets de la crise sur les ménages modestes (encadré). Ainsi, deux primes forfaitaires exceptionnelles ont été versées aux familles : la première de 150 euros au titre de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) et la seconde de 200 euros, dite « prime de solidarité active », au titre du revenu minimum d'insertion (RMI), de l'allocation parent isolé (API) ou d'une aide au logement. Ces primes sont destinées aux ménages les plus modestes.

Le nombre de bénéficiaires de minima sociaux a augmenté en écho à la montée du chômage. De plus, le revenu de solidarité active (RSA, définitions), mis en place en juin 2009, couvre un champ plus large de bénéficiaires que le RMI et l'API. Il apporte un complément de revenu à des travailleurs faiblement rémunérés.

3 Distribution et niveau de vie médian selon le statut d'activité

en % et en euros 2009

	2006		2007		2008		2009	
	Répartition de la population	Niveau de vie médian	Répartition de la population	Niveau de vie médian	Répartition de la population	Niveau de vie médian	Répartition de la population	Niveau de vie médian
Actifs de 18 ans ou plus	45,6	19 750	45,9	20 260	46,0	20 470	45,8	20 590
Actifs occupés dont :	41,7	20 210	42,4	20 770	42,4	20 970	41,4	21 230
salariés	37,2	20 190	37,9	20 620	37,9	20 880	36,8	21 150
Indépendants	4,5	20 930	4,5	22 880	4,5	22 570	4,6	22 400
Chômeurs	3,9	13 090	3,5	13 310	3,6	13 560	4,4	13 890
Inactifs de 18 ans ou plus	31,9	17 400	31,7	17 500	31,7	17 800	31,9	17 900
Étudiants	3,2	17 520	3,0	17 380	3,0	18 070	2,9	17 900
Retraités	20,9	18 410	21,3	18 660	21,5	18 790	21,7	19 030
Autres inactifs	7,8	14 250	7,4	14 180	7,2	14 740	7,3	14 430
Enfants de moins de 18 ans	22,5	16 620	22,4	16 920	22,3	17 650	22,3	17 540
Ensemble de la population	100,0	18 300	100,0	18 690	100,0	19 000	100,0	19 080

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-DGFP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2006 à 2009.

4 Indicateurs de pauvreté selon le statut d'activité

	2006			2007			2008			2009		
	Nombre de personnes pauvres (milliers)	Taux de pauvreté (%)	Intensité de la pauvreté (%)	Nombre de personnes pauvres (milliers)	Taux de pauvreté (%)	Intensité de la pauvreté (%)	Nombre de personnes pauvres (milliers)	Taux de pauvreté (%)	Intensité de la pauvreté (%)	Nombre de personnes pauvres (milliers)	Taux de pauvreté (%)	Intensité de la pauvreté (%)
Actifs de 18 ans ou plus	2 632	9,7	19,8	2 726	9,9	19,9	2 635	9,5	20,6	2 796	10,1	20,2
Actifs occupés dont :	1 826	7,4	17,8	1 967	7,8	17,1	1 863	7,3	18,2	1 866	7,4	18,4
salariés	1 361	6,1	15,8	1 570	6,9	15,2	1 445	6,3	15,8	1 394	6,3	15,5
Indépendants	465	17,2	27,7	397	14,8	24,8	418	15,3	29,1	472	16,9	27,1
Chômeurs	806	34,8	23,9	759	36,4	24,9	772	35,8	27,2	930	34,7	23,2
Inactifs de 18 ans ou plus	2 825	14,9	16,7	2 908	15,3	17,1	2 873	15,1	17,2	2 990	15,5	17,7
Étudiants	337	17,8	20,7	352	19,9	20,7	324	18,1	19,1	351	20,3	21,9
Retraités	1 191	9,5	12,4	1 254	9,8	13,3	1 283	9,9	13,0	1 308	9,9	11,9
Autres inactifs	1 297	28,1	21,2	1 302	29,2	21,8	1 266	29,3	21,4	1 331	30,3	22,6
Enfants de moins de 18 ans	2 371	17,7	18,2	2 401	17,9	18,0	2 328	17,3	18,3	2 387	17,7	19,0
Ensemble de la population	7 828	13,1	18,0	8 035	13,4	18,2	7 836	13,0	18,5	8 173	13,5	19,0

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-DGFP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2006 à 2009.

Une personne pauvre en 2009 dispose d'un niveau de vie inférieur à 954 euros mensuels

Le taux de pauvreté monétaire (*définitions*) est défini comme la proportion de personnes ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil est calculé par rapport au niveau de vie médian : il s'agit donc d'une notion relative. C'est le seuil à 60 % du niveau de vie médian qui est privilégié en Europe et en France. Il correspond à un niveau de vie inférieur à 954 euros par mois en 2009. À titre de comparaison, le socle du RSA s'élève à 455 euros pour une

personne seule. Le taux de pauvreté ainsi calculé atteint 13,5 % en 2009. 8,2 millions de personnes vivent en dessous de ce seuil en 2009, dont la moitié vivent avec moins de 773 euros par mois (*tableau 2*). Le taux de pauvreté à 60 % de la médiane a augmenté de 0,5 point entre 2008 et 2009, pour revenir à un taux voisin de celui de 2007. De plus, par rapport au seuil de pauvreté, les personnes pauvres disposent d'un niveau de vie plus faible qu'en 2008. En effet l'intensité de la pauvreté (*définitions*), qui mesure l'écart entre le niveau de vie médian des personnes pauvres et le seuil de pauvreté, passe de 18,5 % à 19,0 %.

En 2009, 10,1 % des actifs ayant au moins 18 ans sont pauvres, soit 2,8 millions de personnes (*tableaux 3 et 4*). Même si le taux de pauvreté des chômeurs diminue de 1,1 point par rapport à 2008 et celui des personnes occupant un emploi reste relativement stable, la situation s'est dégradée pour l'ensemble des actifs puisque la proportion de pauvres parmi ces derniers était de 9,5 % en 2008. La forte augmentation du nombre de personnes au chômage, qui figurent parmi les catégories les plus fortement touchées par la pauvreté, explique cette évolution.

Néanmoins, en 2009, le taux de pauvreté baisse pour les chômeurs,

population qui s'est modifiée avec la crise : plus âgés et plus qualifiés que les chômeurs de 2008, le montant de leur allocation chômage est plus élevé. Par ailleurs, les chômeurs ayant connu des périodes d'emploi ont pu bénéficier pour la première fois du complément de revenu induit par le RSA.

Au sein des personnes occupant un emploi, ce sont les non-salariés qui sont touchés par la hausse de la pauvreté : leur taux de pauvreté passe de 15,3 % à 16,9 % entre 2008 et 2009. D'une manière générale, les crises ont un impact plus fort sur leur niveau de vie que pour les autres catégories du fait d'une plus grande sensibilité de leurs revenus à la conjoncture économique. En euros constants, le niveau de vie médian des non-salariés recule de 0,8 % alors que celui des salariés augmente de 1,4 %.

Le niveau de vie médian des retraités augmente de 1,3 % en euros constants en 2009. Leur taux de pauvreté est stable, à 9,9 %.

Sources

Les statistiques présentées ici sont tirées des enquêtes Revenus fiscaux et sociaux métropolitaines de 1996 à 2004 et des enquêtes Revenus fiscaux et sociaux de 2005 à 2009. Cette opération annuelle s'appuie sur les déclarations fiscales d'un échantillon représentatif des ménages de France métropolitaine issu de l'enquête Emploi de l'Insee. Le champ retenu est celui des personnes vivant en France métropolitaine et appartenant à des ménages ordinaires dont la personne de référence n'est pas étudiante et dont le revenu déclaré est positif ou nul. Il exclut donc notamment les personnes en institution ainsi que les sans-domicile.

Définitions

Ménage : ensemble des occupants d'un même logement sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté (en cas de cohabitation par exemple). Un ménage peut être composé d'une seule personne.

Revenu disponible : Il comprend les revenus déclarés à l'administration fiscale (revenus d'activité, retraites et pensions, indemnités de chômage et certains revenus du patrimoine), les revenus financiers non déclarés, qui sont ici imputés (produits d'assurance-vie, livrets exonérés, PEA, PEP, CEL, PEL), les prestations sociales perçues et la prime pour l'emploi. Tous ces revenus sont nets des impôts directs (impôt sur le revenu, taxe d'habitation, contribution sociale généralisée -CSG- et contribution à la réduction de la dette sociale -CRDS-). Ce revenu disponible est ainsi proche du concept de revenu disponible brut (RDB) au sens de la comptabilité nationale mais son champ est moins étendu.

Revenu de solidarité active (RSA) : entré en vigueur le 1^{er} juin 2009 en France métropolitaine, il se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI) créé en 1988 et à l'allocation parent isolé (API). Le revenu de solidarité active est une allocation qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le niveau d'un revenu garanti.

Le revenu garanti est calculé comme la somme :

- d'un montant forfaitaire variant en fonction de la composition du foyer et du nombre d'enfant(s) à charge et qui correspond aux anciens plafonds du RMI et de l'API ;
 - d'une fraction des revenus professionnels des membres du foyer, fixée par décret à 62 %.
- Le RSA est ainsi composé de deux volets : le RSA socle qui correspond à la partie du RSA versée jusqu'à concurrence du montant forfaitaire d'une part, et le RSA activité qui représente la part de prestation versée au-delà de ce montant forfaitaire jusqu'à concurrence du revenu garanti d'autre part.

Niveau de vie : Il est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation. Les unités de consommation (UC) sont calculées selon l'échelle d'équivalence dite de l'OCDE modifiée, qui attribue 1 UC au premier adulte du ménage, 0,5 UC aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans. Le niveau de vie est donc le même pour toutes les personnes d'un même ménage. Le niveau de vie médian, qui partage la population en deux, est tel que la moitié des personnes disposent d'un niveau de vie inférieur, l'autre moitié d'un niveau de vie supérieur.

Pauvreté monétaire : une personne est considérée comme pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil est calculé par rapport à la médiane de la distribution nationale des niveaux de vie. C'est le seuil à 60 % du niveau de vie médian qui est privilégié en Europe. Le **taux de pauvreté** correspond à la proportion de personnes dont le niveau de vie est inférieur à ce seuil, soit 954 euros par mois en France en 2009.

Intensité de la pauvreté : indicateur qui permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté. L'Insee mesure cet indicateur comme l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté.

Bibliographie

- « Les revenus et le patrimoine des ménages » édition 2011, *Insee Références*, avril 2011.
- « France, portrait social » édition 2010, *Insee Références*, novembre 2010.
- « Les niveaux de vie en 2008 » *Insee Première* n°1311, septembre 2010.
- « Les inégalités de niveaux de vie entre 1996 et 2007 » *Insee Première* n°1266, novembre 2009.
- « La montée en charge du RSA » *Politiques sociales et familiales* n°104, Cnaf, juin 2011.

- ➡ Pour vous abonner aux avis de parution : <http://www.insee.fr/abonnements>
- ➡ Pour vous abonner à INSEE PREMIÈRE :
 - Par internet : <http://www.webcommerce.insee.fr/liste.php?idFamille=16>
 - Par courrier : retourner ce bulletin à l'adresse ci-après ou par fax au (33) 03 22 97 31 73

INSEE/CNGP - B.P. 402 - 80004 Amiens CEDEX 1

OUI, je souhaite m'abonner à INSEE PREMIÈRE - Tarif 2011

Abonnement annuel : ☐ 81 € (France) ☐ 101 € (étranger)

Nom ou raison sociale : _____ Activité : _____

Adresse : _____

Tél : _____

Ci-joint mon règlement en Euros par chèque à l'ordre de l'INSEE : _____ €

Date : _____ Signature : _____

www.insee.fr

Direction Générale :

15, Bd Adolphe-Pinard

75675 Paris cedex 14

Directeur de la publication :

Jean-Philippe Colla

Rédacteur en chef :

E. Nauze-Pichet

Rédacteurs :

L. Bellen, A.-C. Morin,

C. Parnet, C. Pflafer

Maquette : Brigitte Rolé

Impression : Jouve

Code SAGE IP111265

ISSN 0967 - 3192

© INSEE 2011



ANNEXE 4 : NOTE DE LA DREES SUR LES EFFECTIFS ELIGIBLES A LA CMU-C ET A L'ACS



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

Sous-direction 'synthèses, études
économiques et évaluation'

Bureau 'études structurelles et évaluation'

Dossier suivi par : Jonathan DUVAL

Tel : +33 (0) 1 40 56 81 66

Fax : +33 (0) 1 40 56 81 66

Mél : jonathan.duval@travail.gouv.fr

Paris, le 04/07/11

DREES-BESE N°24/2011

NOTE TECHNIQUE : DONNÉES DE CADRAGE SUR LES EFFECTIFS ÉLIGIBLES À LA CMUC ET À L'ACS

Le tableau ci-dessous présente les nombres de foyers et de personnes éligibles à la CMUC d'une part, et à l'ACS d'autre part. Pour mémoire, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) permet à toutes les personnes résidant en France de manière stable depuis plus de trois mois de bénéficier, sous conditions de ressources, d'une complémentaire de santé gratuite. L'Aide Complémentaire Santé (ACS) est une aide financière à l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé, accordée aux personnes dont les revenus par unité de consommation¹ se situent entre le plafond de la CMUC et ce même plafond majoré de 26%.

Ces effectifs ont été estimés à l'aide du modèle de micro-simulation Ines, développé conjointement par la Drees et l'Insee, en appliquant au mieux la législation relative à la CMUC à un échantillon de ménages représentatif de la population², dont on connaît les caractéristiques socio-économiques. Les revenus sont ceux de l'année 2007, vieillies en 2009. La législation appliquée dans le modèle est celle de l'année 2009 avec quelques variantes cependant. Ainsi le rSa y est simulé en année pleine avec un taux de recours de 100% et les mesures temporaires mises en place dans le cadre du plan de relance ne sont pas prises en compte (suppression des deux tiers de l'impôt sur le revenu pour les foyers modestes par exemple).

Le modèle Ines permet ainsi d'estimer sur le champ des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine le nombre de foyers éligibles à la CMUC à 2,3 millions soit 4,6 millions d'individus. Quant aux foyers remplissant les critères d'éligibilité à l'ACS, leur nombre est estimé à 1,7 million soit 3,4 millions d'individus (voir tableau 1).

¹ Les unités de consommations utilisées : 1 pour la première personne du foyer, 0,5 pour la seconde, 0,3 pour la troisième et la quatrième et 0,4 au-delà de la cinquième personne (cf tableau 3).

² Le champ est limité aux ménages ordinaires vivant en France métropolitaine. Cet échantillon est issu de l'Enquête Revenu Fiscale de 2009 (actualisée 2007), qui associe les informations socio-démographiques de l'enquête Emploi de l'Insee au détail des revenus déclarés à l'administration fiscale (DGI).

Tableau 1 : nombre de foyers et de personnes pouvant bénéficier de la CMUC ou de l'ACS en 2009, selon le modèle INES (aucun taux de non-recours n'est appliqué et le rSa est appliqué en année pleine)

Nombre de foyers (au sens de la CMUC), en millions						
Tranche de ressources	Données	Type de foyer				Total
		Couple sans enfant	Couple avec enfant(s)	Célibataire sans enfant	Célibataire avec enfant(s)	
inférieur ou égal au seuil CMUC (donc éligibles à la CMUC)	Nb de foyers au sens de la CMUC	0,2	0,4	1,2	0,6	2,3
	Nb d'individus	0,3	1,5	1,2	1,5	4,6
entre le seuil CMUC et le seuil CMUC + 15% (donc éligibles à l'ACS)	Nb de foyers au sens de la CMUC	0,1	0,2	0,3	0,1	0,6
	Nb d'individus	0,1	0,7	0,3	0,3	1,5
entre le CMUC +15% et le seuil CMUC +20% (donc éligibles à l'ACS)	Nb de foyers au sens de la CMUC	0,0	0,1	0,5	0,0	0,6
	Nb d'individus	0,1	0,3	0,5	0,1	1,0
entre le CMUC +20% et le seuil CMUC +26% (donc éligibles à l'ACS)	Nb de foyers au sens de la CMUC	0,1	0,1	0,2	0,1	0,5
	Nb d'individus	0,2	0,4	0,2	0,2	0,9
entre le CMUC +26% et le seuil CMUC +30%	Nb de foyers au sens de la CMUC	0,0	0,1	0,1	0,0	0,3
	Nb d'individus	0,1	0,3	0,1	0,1	0,6

Source : Enquête Revenus fiscaux et sociaux 2007 (actualisée 2009), modèle Ines, calculs DREES et INSEE.

Champ : Ensemble des ménages ordinaires métropolitains

Traitement du calcul du nombre d'éligibles à la CMUC avec le modèle INES

Le modèle de micro-simulation INES permet de simuler la législation en vigueur pour déterminer sur un échantillon représentatif les ayant-droit à la CMUC et à l'ACS.

Individu statistique : le foyer CMUC

La CMUC est accordée à l'ensemble d'un foyer CMUC. Celui-ci est constitué du demandeur et de son conjoint (lié par le mariage ou par un pacs) le cas échéant. Les personnes à charges prises en compte sont

- les enfants et autres personnes de moins de 25 ans à la date de la demande, rattachés au foyer fiscal.
- Les enfants de moins de 25 ans à la date de la demande, vivant sous le même toit que le demandeur et ayant établi une déclaration d'impôt sur le revenu en leur nom propre
- Les enfants majeurs de moins de 25 ans qui reçoivent une pension alimentaire faisant l'objet d'une déduction fiscale et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

Calcul des ressources par foyer dans le modèle

Pour déterminer le droit à la CMUC, les ressources imposables ou non des douze derniers mois précédant la demande sont prises en compte y compris les prestations familiales, les pensions diverses, les revenus du capital, les revenus fonciers. Dans INES, cela se traduit par la prise en compte de l'ensemble des ressources perçues au cours de l'année 2009. Certaines ressources sont toutefois exclues de la base ressources (par exemple l'allocation personnalisée d'autonomie, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire, les bourses de l'enseignement secondaire, etc.). L'avantage financier résultant d'une aide au logement ou du fait de ne pas avoir de loyer à payer est pris en compte à travers un forfait logement, exprimé en % du socle rSa.

Pour bénéficier de la CMUC, les ressources annuelles du foyer ne doivent pas dépasser un certain plafond qui dépend de la configuration familiale. Pour une personne seule, ce plafond s'élève à 621€ par mois du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2009 et à 626€ du 1^{er} juillet 2009 au 31 décembre 2009. Dans cette simulation, le solde choisi est la moyenne des deux soit 623€ par mois.

Tableau 3 Plafond de ressources utilisé dans le modèle pour déterminer l'éligibilité à la protection complémentaire en matière de santé (France métropolitaine)

Nombre de personnes	Plafond CMU complémentaire		Coefficient de majoration appliqué
	Ressources annuelles	Équivalent mensuel	
1	7 476	623	1
2	11 214	935	1,5
3	13 457	1 121	1,8
4	15 700	1 308	2,1
>4	15 700+2 990*(nb de personnes au delà de 4)	1 308+ 249*(nb de personnes au delà de 4)	2,1+ 0,4*(nb personnes au delà de 4)

Prise en compte d'un forfait logement

Le logement est pris en compte dans la base de ressources via un forfait logement. Il dépend du nombre de personnes dans le foyer et s'applique aux locataires ou accédants à la propriété bénéficiant d'une aide au logement, aux propriétaires non accédants à la propriété et aux personnes logées à titre gratuit.

Détermination du droit à l'ACS

L'éligibilité à l'ACS se détermine selon la même méthodologie que celle du droit à la CMUC : il s'agit des foyers dont les ressources par unité de consommation sont comprises entre le seuil CMUC et ce même seuil majoré de 26 %, soit entre 623€ et 785€ pour une personne seule.

Les limites de la microsimulation du nombre d'avant-droit à la CMUC et à l'ACS

Le champ de la micro-simulation se limite aux ménages ordinaires vivant en France métropolitaine :

- ceci exclut les foyers vivant dans les DOM (où le plafond de ressources pour bénéficier de la CMUC est plus élevé) ;

- les ménages non-ordinaires ne sont pas couverts³, ce qui conduit, par exemple, à la non-prise en compte des personnes âgées vivant dans des foyers spécialisés susceptibles d'être concernées par la CMUC. Le chiffrage présenté constitue donc un minorant du nombre d'éligibles potentiels ;

- certaines dispositions, faute de données, ne sont pas simulées : par exemple, l'abattement de 30% sur les revenus pour les personnes au chômage percevant l'ASS ou pour les personnes justifiant d'une interruption de travail supérieure à 6 mois...

³ Sont exclus les habitations communautaires - cité universitaire, foyers pour personnes âgées, etc..., et d'hébergement (hôtel, motel, etc ...).

ANNEXE 5 : ÉTUDE SUR LES RESTES À CHARGE DE DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C (POINT DE REPÈRES DE LA CNAMTS ET SYNTHÈSE DES ÉTUDES LOCALES)

septembre 2011 - numéro 35

points de repère

Aujourd'hui, plus de 4 millions de personnes ont, au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), une protection complémentaire gratuite. Ce dispositif offre un panier de soins élargi par rapport à l'Assurance maladie obligatoire (AMO), notamment grâce à des forfaits relatifs aux prestations d'optique et de dentaire. L'ensemble de ces dispositions limite les restes à charge et doit donc permettre de faciliter l'accès aux soins des patients dont les revenus sont les plus faibles. L'objectif de cette étude est de mesurer l'ampleur et d'analyser la structure des restes à charge (RAC) des bénéficiaires de la CMU-C qui ont eu recours aux soins en 2010.

Les trois quarts d'entre eux ont fait appel au système de santé, en 2010, sans avoir aucun reste à charge ; 85 % ont eu moins de 10 euros à déboursier sur l'ensemble de l'année et, 95 % moins de 65 euros, soit 5 euros par mois. Une petite fraction des bénéficiaires de la CMU-C est cependant confrontée à des restes à charge importants : 5 % ont un reste à charge annuel moyen de 270 euros et 1 % un reste à charge de l'ordre de 690 euros.

Les bénéficiaires avec un reste à charge sont plus âgés (33 % de plus de 40 ans vs 25 %), ce sont plus souvent des femmes (60,9 % vs 53,2 %), ils sont plus souvent inscrits en affection de longue durée (ALD : 12,8 % vs 9,4 %) et ont une consommation de soins plus importante.

Les restes à charge sont principalement liés à des dépenses dans les domaines de l'optique (44 %), des soins dentaires (13 %) et des consultations et visites (10 %).

Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010

Mise en place en janvier 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) offre une protection maladie complémentaire gratuite aux personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond (de l'ordre de 630 euros par mois pour une personne seule, 1 330 euros par mois pour un couple avec deux enfants) (encadré 1).

Plus de 4 millions de personnes bénéficient aujourd'hui en France de ce dispositif. Elles forment une population plus féminine que la population globale couverte par le Régime général (RG) (55 % de femmes vs 45 % d'hommes), et plus jeune : l'âge moyen y est de 27 ans et près des trois quarts des personnes ont moins de 40 ans (tableau 1). Les bénéficiaires de la CMU-C sont par ailleurs en moins bonne santé que le reste de la population [1]¹ : 10,3 % sont inscrits en affection de longue durée (ALD) [2].

● Pauline Ricci (CNAMTS)

¹ Pour le reste de la population, ce taux est de 13,1%, mais si cette population avait la même structure d'âge et de sexe que la population bénéficiaires de la CMU-C, il serait de 5,7%.



Encadré 1**LA CMU-C :
CONDITIONS D'ACCÈS**

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la CMU-C permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et dont les ressources sont inférieures à un certain plafond de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite.

L'ensemble des ressources du foyer de l'année précédant la demande ne doit pas dépasser un certain plafond (7 611 euros pour une personne seule en métropole à compter de juillet 2010 [3]) ; ce plafond dépend de la composition du foyer et du lieu de résidence (métropole ou DOM) du demandeur.

Remarque : le dispositif de la CMU complémentaire (CMU-C) ne doit pas être confondu avec la couverture maladie universelle de base (CMU), qui est une protection maladie obligatoire pour les personnes résidant en France et qui ne sont pas déjà couvertes par un autre régime obligatoire d'assurance maladie.

La CMU-C complète la couverture médicale obligatoire en prenant en charge² :

- le ticket modérateur et la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes coûteux (supérieurs à 120 euros³),
- le forfait journalier hospitalier,
- des dépenses de lunetterie, de prothèses dentaires et d'autres biens médicaux, dans la limite d'un panier de soins prédéfini, avec des tarifs plafonnés pour les lunettes et les prothèses dentaires.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont en outre exonérés de la participation forfaitaire de un euro sur les actes médicaux et analyses de laboratoire, ainsi que des franchises médicales sur les dépenses de médicaments, de transport et de soins infirmiers.

Ils sont également dispensés de l'avance des frais et les professionnels de santé qui les soignent doivent respecter les tarifs opposables, sauf exigence particulière du malade non liée à un motif médical.

L'ensemble de ces dispositions limite les restes à charge et doit donc permettre de faciliter l'accès aux soins des patients dont les revenus sont les plus faibles. Néanmoins, des associations de patients et certaines études font état de difficultés d'accès ou de renoncements à certains soins. Dans ce contexte, cette étude vise à quantifier le montant qui

reste à la charge des personnes bénéficiaires et en identifier les différentes composantes en termes de services ou prestations.

● Champ de l'étude

Les données sont issues de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), composé de 517 550 bénéficiaires en 2010 (encadré 4). L'étude porte sur les remboursements en soins de ville et en hospitalisation privée (sont également inclus les honoraires en secteur privé à l'hôpital public) effectués entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010. Sont retenues sur ce champ toutes les prestations des personnes bénéficiant de la CMU-C au moment des soins, affiliées au Régime général (hors SLM, y compris DOM).

Le sous-échantillon obtenu est composé de 44 520 individus ayant consommé des soins dans l'année, soit 8,6 % des personnes de l'EGB. Cet échantillon aléatoire est représentatif de la population des bénéficiaires de la CMU-C, estimée à plus de 4 millions de personnes (figure 1, encadrés 2 et 4).

Nous considérons que les bénéficiaires de la CMU-C ont un RAC dès lors que le montant du RAC laissé par l'AMO et l'Assurance complémentaire CMU-C est d'au moins un euro.

Encadré 2**MÉTHODOLOGIE****Population étudiée**

Les individus sont sélectionnés au sein de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), composé de 517 550 bénéficiaires en 2010 (figure 1, encadré 4).

Nous sélectionnons les personnes affiliées au Régime général (hors SLM, y compris DOM) et bénéficiant de la CMU-C au moment des soins. L'échantillon obtenu est composé de 44 520 individus consommant, soit 8,6 % des personnes de l'EGB. Les personnes bénéficiant de la CMU-C appartenant à l'EGB constituent un échantillon aléatoire représentatif des personnes bénéficiant de la CMU-C.

Le Régime général de l'Assurance maladie couvre 87 % de la population française et induit 91 % des personnes avec une CMU-C.

Période d'étude

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010.

Champ de l'étude

Cette étude couvre l'ensemble des postes en soins de ville (hors prestations en espèce) et en hôpital privé.

Les dépenses liées à une hospitalisation publique ou à une consultation ou acte externe à l'hôpital public ne sont pas incluses car les données de facturation détaillées des hôpitaux publics ne permettent pas d'identifier les bénéficiaires de la CMU-C ; ces dépenses étant exonérées du forfait journalier et du ticket modérateur hospitaliers, nous considérons qu'elles ne donnent pas lieu à un reste à charge.

En revanche, les honoraires des praticiens hospitaliers exerçant en secteur privé à l'hôpital public sont bien inclus dans la présente étude. Ces honoraires figurent dans les dépenses analysées dans cette étude et sont regroupés au sein du poste « honoraires médicaux » avec les honoraires en médecine de ville et en clinique privée.

Par ailleurs, dans le champ de cette étude, ne sont pas compris les frais liés à des biens et services qui ne font pas partie du panier couvert par l'Assurance maladie obligatoire : automédication, actes hors nomenclature, chambre particulière à l'hôpital...

² Cf. encadré 3 pour le détail des prestations.

³ Le seuil du forfait 18 euros est de 120 euros depuis le 1^{er} mars 2011. Auparavant il était de 91 euros.

Encadré 3

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

La CMU-C couvre la part des dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie et permet aux bénéficiaires d'accéder aux soins sans avance de frais et sans dépassement de tarifs.

La CMU-C agit ainsi comme une complémentaire et prend en charge :

- le ticket modérateur sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments remboursables, les frais d'hospitalisation;
- le forfait journalier en cas d'hospitalisation;
- en sus du tarif de responsabilité, les frais exposés au titre des soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement dans une limite de tarifs fixés par arrêté.

En outre, les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés de la participation forfaitaire d'un euro et des franchises médicales. La franchise de 18 euros leur est applicable mais est prise en charge intégralement.

La CMU-C offre un panier de soins élargi par rapport à l'Assurance maladie obligatoire,

notamment grâce aux forfaits relatifs aux prestations d'optique et de dentaire.

Au 31 décembre 2008, les bénéficiaires de ce dispositif sont de 4 186 221, tous régimes confondus, sur l'ensemble du territoire, soit environ 6,4 % de la population française [3].

Dispositif médical traitant-parcours de soins coordonnés

Les bénéficiaires de la CMU-C, comme tout assuré, doivent respecter le parcours de soins. Ainsi, ils sont soumis à l'obligation de choisir un médecin traitant. Une majoration du ticket modérateur ou « majoration de participation » pourra être appliquée aux bénéficiaires de la CMU-C qui ne respectent pas le dispositif du médecin traitant.

Les dépassements de tarifs

Il est interdit de facturer un dépassement de tarifs à un bénéficiaire de la CMU-C sauf :

- en cas d'exigence particulière du patient : les dépassements exceptionnels (DE);
- en cas de consultation en dehors du parcours de soins coordonnés : les dépassements autorisés (DA).

Les actes dentaires

Il est interdit de facturer un dépassement de tarifs à un bénéficiaire de la CMU-C sauf en cas d'exigence particulière du patient (DE).

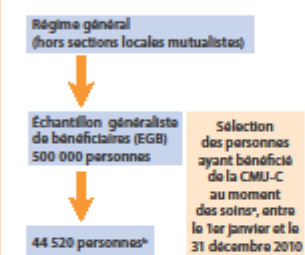
La CMU-C prend en charge les dépassements tarifaires pour toutes les prothèses dentaires et tous les traitements d'orthodontie présents dans le panier de soins (arrêté du 30 mai 2006 relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale).

L'optique

La prise en charge des verres, de la monture et des suppléments est assurée dans la limite d'une attribution maximale par an, sauf pour les enfants de moins de six ans ou en cas d'aphakie, cas dans lesquels la prise en charge peut être assurée à un rythme annuel supérieur.

La liste des équipements pris en charge (montures et verres) ainsi que leur prix limite de vente, le cas échéant en sus des tarifs, sont fixés par arrêté (arrêté du 14 août 2002 relatif aux conditions de prise en charge et aux prix limites de vente des équipements d'optique aux bénéficiaires de la CMU-C).

Figure 1

Méthode de sélection de l'échantillon des personnes à la CMU-C étudiées

* Sélection des remboursements en soins de ville et en hospitalisation privée (et les honoraires en secteur privé à l'hôpital public) effectués pour des bénéficiaires de la CMU-C au moment des soins.

* Exclusion des lignes de prestations correspondant à des régularisations et/ou à des erreurs.

Encadré 4

SOURCE DES DONNÉES

L'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'Assurance maladie, qu'elle ait ou non perçu des remboursements de soins. Il regroupe actuellement près de 500 000 bénéficiaires du régime général [4].

Il contient des informations anonymes sur les caractéristiques socio-démographiques et médicales des bénéficiaires et les prestations qu'ils ont perçues. L'EGB résulte d'un sondage au 1/97 sur le numéro de sécurité sociale (NIR) des bénéficiaires de l'Assurance maladie, qu'ils soient ouvriers de droit ou ayants droit, et recense près de 500 000 bénéficiaires. Il ne couvre actuellement que le Régime général à l'exception des

fonctionnaires et des étudiants.

Le mode de tirage de l'EGB est basé sur le NIR des individus ; le NIR d'une personne reste identique pendant toute sa vie, un bénéficiaire de l'EGB sera donc identifié de la même façon de sa naissance jusqu'à sa mort.

L'EGB est un échantillon vivant : à la fin de chaque trimestre calendaire, les informations de l'ensemble des bénéficiaires de l'EGB (déjà présents ou nouveaux entrants) sont extraites des bases de données administratives de l'Assurance maladie. Chaque trimestre, l'échantillon s'enrichit des nouveaux entrants, des étrangers venant travailler en France et de leurs ayants droit et des personnes nouvellement affiliées à ce régime pour cause de changement dans leur vie professionnelle et de leurs ayants droit.

● **Les trois quarts des bénéficiaires n'ont aucun reste à charge et 95% ont moins de 5 euros de RAC en moyenne par mois**

Parmi les bénéficiaires de la CMU-C ayant eu recours aux soins en 2010, 74% n'ont eu aucun reste à charge. 85% ont eu moins de 10 euros à déboursier sur l'ensemble de l'année, et 95% moins de 65 euros, soit de l'ordre de 5 euros par mois.

● **Une petite fraction des bénéficiaires de la CMU-C est cependant confrontée à des restes à charge importants**

Le graphique ci-contre (figure 2) montre que si une grande partie des bénéficiaires de la CMU-C a accès aux soins sans reste à charge ou avec un reste à charge très faible, une petite fraction est cependant confrontée à des sommes élevées à déboursier. Elles sont de 270 euros en moyenne pour 5% des bénéficiaires, de près de 440 euros pour 2,5% et de l'ordre de 690 euros pour 1% d'entre eux.

De fait, les restes à charge sont très concentrés: 5% des personnes concentrent 80% du montant total des RAC observés, 2,5% (soit 10% des personnes ayant eu au moins un euro de RAC) concentrent les deux tiers (66%) (tableau 2, figure 3)

● **Les 26% des bénéficiaires de la CMU-C qui ont un reste à charge sont plus âgés et ont un recours aux soins plus important**

Parmi les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes ayant au moins un euro de RAC (soit 26% du total des bénéficiaires) sont en moyenne plus âgées (33% de plus de 40 ans vs 25%) (tableau 1) et leur proportion augmente très clairement avec l'âge: elle est inférieure à 25% chez les moins de 25 ans, comprise entre 25% et 30% entre 25 et 50 ans, puis évolue de 30% jusqu'à 38% pour les personnes de plus de 60 ans (figure 4). Il s'agit également d'une population plus féminine (60,9% vs 53,2% de femmes). En outre, la proportion de personnes en ALD (12,8% vs 9,4%) y est plus forte, de manière corrélée avec une consommation de soins plus importante (dépense annuelle moyenne de 1 562 euros vs 785 euros).

Ces constats sont encore plus marqués

Tableau 1

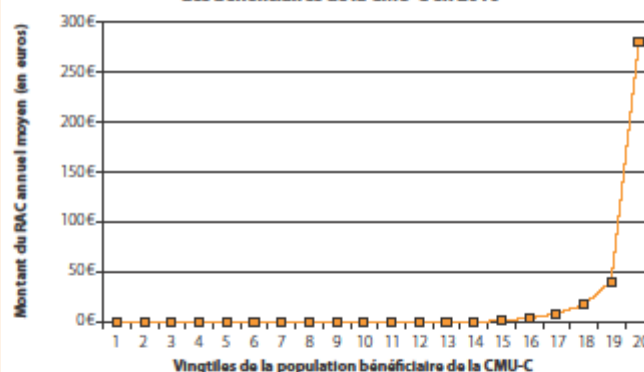
Description de la population des personnes à la CMU-C selon l'existence ou non de reste à charge en 2010

	Personnes à la CMU-C	Sans RAC	Avec au moins un euro de RAC	Appartenant au dernier décile de RAC
Effectif	44 520	32 783	11 737	1 174
Âge moyen	26,6 ans	25,6 ans	29,6 ans	35,9 ans
Classes d'âge	0-19 ans	43,3 %	45,4 %	37,3 %
	20-39 ans	29,5 %	29,5 %	29,4 %
	40-60 ans	22,6 %	21,2 %	26,5 %
	plus de 60 ans	4,6 %	3,9 %	6,7 %
Sexe	Proportion de femmes	55,2 %	53,2 %	60,9 %
Prise en charge en ALD		10,3 %	9,4 %	12,8 %
Dépense moyenne (en euros)	990	785	1 562	2 881

Champ: Régime général, hors sections locales mutualistes
Source: SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Figure 2

Distribution par vingtième du montant du reste à charge moyen des bénéficiaires de la CMU-C en 2010



Champ: Régime général, hors sections locales mutualistes
Source: SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

pour les personnes appartenant au dernier décile des personnes ayant un RAC (tableau 1): 46% ont plus de 40 ans alors que cette proportion n'est que de 25% chez les personnes qui n'ont pas eu de RAC et près de 18% sont inscrites en ALD contre 9% pour les « sans RAC ».

Au sein de la population ayant un RAC d'au moins un euro, le RAC annuel moyen s'élève à 66 euros, le RAC médian étant de 15,4 euros. L'écart interquartile est de 39,6 euros (q1 = 6,5 euros ; q3 = 46,1 euros).

Le RAC annuel moyen augmente avec

l'âge (figure 5): il s'élève à 22 euros pour les 0-4 ans, 53 euros pour les 15-19 ans, 75 euros pour les 30-34 ans, 88 euros pour les 45-49 ans et 98 euros chez les plus de 60 ans. À partir de 40 ans, le RAC annuel moyen dépasse les 60 euros, en 2010.

● **Les RAC se concentrent sur un nombre limité de prestations**

L'optique constitue de loin le poste le plus important au sein du reste à charge des bénéficiaires de la CMU-C (44%). Les honoraires médicaux en représentent

15%, les soins dentaires (au sens large, c'est-à-dire incluant les prothèses dentaires, l'orthodontie et la stomatologie) 13% et les frais de transport 4% (tableaux 3 et 4).

Les RAC liés aux honoraires médicaux proviennent pour deux tiers d'entre eux de dépenses de consultations médicales et, pour le tiers restant, de dépenses d'actes techniques¹. L'identification des poids respectifs de l'ambulatoire et de l'hôpital dans le RAC total n'est pas aisée car les honoraires facturés à l'occasion d'une hospitalisation (par des médecins libéraux ou des praticiens hospitaliers exerçant en secteur privé) ne peuvent, dans cette étude, être distingués des honoraires des praticiens exerçant en ambulatoire.

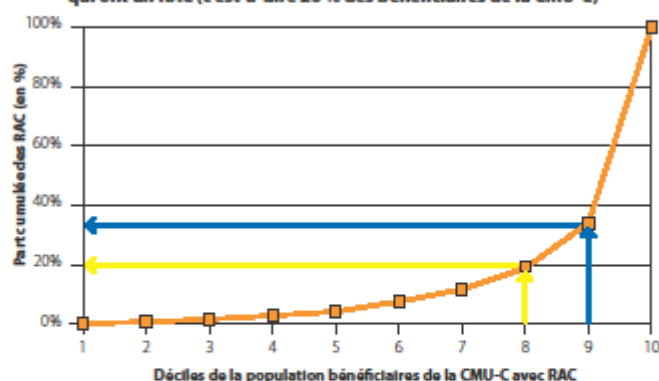
Le poids des différents postes dans le reste à charge total résulte de la combinaison de plusieurs facteurs :

- la fréquence de recours aux soins pour ce poste,
- la probabilité d'avoir un reste à charge en cas de recours,
- le montant moyen de ce reste à charge quand il existe.

Ainsi, 95% des bénéficiaires ont eu recours au médecin, parmi lesquels 13% ont eu un reste à charge, ce reste à charge s'élevant alors à 22 euros en moyenne (tableau 4).

Figure 3

Déciles de la partie de la population des bénéficiaires de la CMU-C qui ont un RAC (c'est-à-dire 26% des bénéficiaires de la CMU-C)



Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

L'achat de lunettes est beaucoup moins fréquent (12%), mais lorsqu'il se produit, il y a un reste à charge dans 38% des cas, à hauteur de 165 euros en moyenne.

Les soins dentaires sont dans une situation intermédiaire, 28% des personnes y ont recours dans l'année, parmi lesquels 5% ont eu un reste à charge, de 180 euros en moyenne.

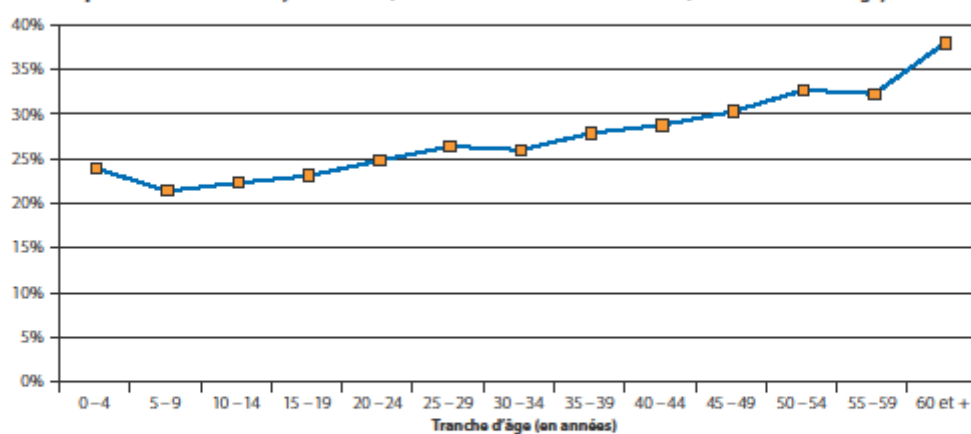
Les audioprothèses, auxquelles très peu de bénéficiaires ont recours (0,2%),

constituent le poste pour lequel le RAC moyen est le plus élevé (393 euros).

En proportion de la dépense totale de soins de la population bénéficiaire de la CMU-C, le reste à charge global est faible, 1,8% (tableau 3). Mais cette proportion varie considérablement selon les postes de soins : 1,1% pour les honoraires médicaux, 2,1% pour les soins dentaires, mais 46,3% pour l'optique.

Figure 4

Taux de personnes à la CMU-C ayant un RAC (26% des bénéficiaires de la CMU-C) selon la tranche d'âge, en 2010



Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

¹Les spécialistes de secteur 2 peuvent appliquer aux bénéficiaires de la CMU-C deux majorations spécifiques (MPC : majoration forfaitaire transitoire et MCS : majoration coordination spécialiste) qui sont prises en charge par la CMU-C. Cependant nous trouvons dans nos bases de données quelques cas de bénéficiaires avec une base de remboursement de 23 euros (consultation de spécialiste (CS)), et non de 28 euros (CS+MPC+MCS=28). Dans ce cas, l'écart est comptabilisé au titre du RAC mais il est bien remboursé aux bénéficiaires. Il s'agit probablement d'une remontée incomplète de l'information. Néanmoins, cela représente moins de 1% du montant du RAC des consultations et n'affecte pas les ordres de grandeur.

Tableau 2

Distribution des RAC par décile de personnes avec RAC en 2010
(ces personnes représentent 26% du total des bénéficiaires ayant eu recours aux soins)

Décile	Effectif	RAC (en euros)	RAC total (en euros)	RAC moyen (en euros)	% du RAC total	% cumulés
1	1 172	< 2,5	1 896	1,6	0,2%	0,2%
2	1 168	[2,5 ; 4,9[	4 047	3,5	0,5%	0,8%
3	1 152	[4,9 ; 7,0[	7 000	6,1	0,9%	1,7%
4	1 142	[7,0 ; 10,0[	9 458	8,3	1,2%	2,9%
5	1 196	[10,0 ; 15,4[	14 990	12,5	1,9%	4,8%
6	1 211	[15,4 ; 21,3[	21 912	18,1	2,8%	7,6%
7	1 174	[21,3 ; 35,0[	31 772	27,1	4,1%	11,7%
8	1 174	[35,0 ; 65,2[	55 552	47,3	7,1%	18,9%
9	1 174	[65,2 ; 157,4[	118 125	100,6	15,2%	34,0%
10	1 174	≥ 157,4	512 956	436,9	66,0%	100,0%
	11 737		777 706	66,3		

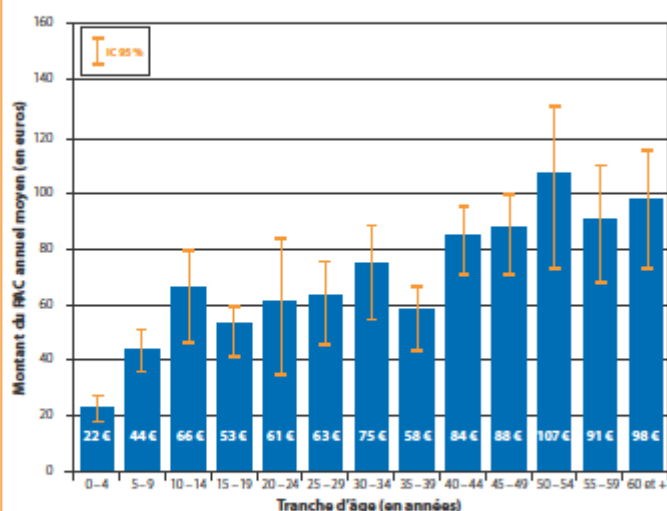
Champ: Régime général, hors sections locales mutualistes

Source: SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Exemple de lecture: les déciles classent la population des bénéficiaires de la CMU-C qui ont eu un reste à charge en 2010 par groupe de « 10% », et dans l'ordre croissant des restes à charge. Le décile « 5 » indique que 50% des personnes ont eu un RAC inférieur à 15,4 euros. Dans ce décile, les RAC observés sont compris entre 10 et 15,4 euros, ce qui correspond à une moyenne sur ce groupe de 12,5 euros, pour un montant total des RAC sur ces 1 196 personnes de 14 990 euros. Ce montant correspond à 1,9% de la masse totale des RAC. Si nous cumulons l'ensemble des RAC observés sur toutes les personnes se situant dans les déciles 1 à 5, nous parvenons seulement à 4,8% du total des RAC.

Figure 5

Reste à charge annuel moyen, par âge, des personnes bénéficiant de la CMU-C et ayant eu un reste à charge en 2010 (26% des bénéficiaires de la CMU-C)



Champ: Régime général, hors sections locales mutualistes
Source: SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Les RAC les plus élevés sont composés aux trois quarts de frais dentaires et de matériel médical

Le reste à charge annuel moyen du dernier décile de personnes avec RAC, c'est-à-dire 2,5 % de la population totale CMU-C (n=1 174), s'élève à 440 euros ; il est composé principalement de matériel médical (57 %), correspondant à un montant moyen de 250 euros dont l'essentiel est lié à des dépenses d'optique (224 euros). Près des trois quarts des personnes à la CMU-C ont des restes à charge en matériel médical, qui s'élèvent en moyenne à 324 euros (tableau 5). Le deuxième poste responsable du RAC est le dentaire, pesant pour plus de 17 % dans le RAC total.

Plus de 10% des personnes du dernier décile (160 personnes) ont un reste à charge annuel supérieur à 600 euros en 2010, composé principalement de matériel médical (38%) - dont 82% correspond à de l'optique (verres et montures) et 12% à de l'audioprothèse - et de soins dentaires (23%).

Tableau 3

Dépenses, remboursements et restes à charge des bénéficiaires de la CMU-C par postes de soins en 2010

	Nombre de consommants du poste (*)	Dépense totale (en euros)	Montant remboursé RG (en euros)	Montant remboursé CMU-C (en euros)	Montant remboursé total (RG + CMU-C) (en euros)	Reste à charge (en euros)	Structure du reste à charge	Part du RAC dans la dépense
SOINS DE VILLE								
Honoraires médicaux	41 986	10 393 989	7 608 651	2 668 067	10 276 718	117 271	15,1%	1,1%
Consultations	40 610	6 504 605	4 491 120	1 941 702	6 432 822	71 783	9,2%	1,1%
Visites (y compris les frais de déplacement)	5 041	513 198	388 046	121 978	510 024	3 174	0,4%	0,6%
Actes techniques (y compris radiologie)	20 634	3 114 005	2 484 481	587 794	3 072 275	41 729	5,4%	1,3%
Forfaits techniques (IRMN, scanner...)	948	144 134	143 687	383	144 071	63	0,0%	0,0%
Autres honoraires médicaux	3 128	118 048	101 317	16 209	117 526	522	0,1%	0,4%
Dentaires	12 500	4 804 283	2 095 727	2 604 284	4 700 011	103 272	13,3%	2,1%
Prescriptions	41 635	17 856 880	11 856 094	5 532 518	17 388 612	468 268	60,1%	2,6%
Actes des auxiliaires médicaux (y compris les frais de déplacement)	9 798	2 525 876	1 757 005	753 673	2 510 678	15 198	2,0%	0,6%
Biologie	15 483	1 949 584	1 336 000	607 476	1 943 475	6 109	0,8%	0,3%
Pharmacie	40 578	11 001 645	7 457 130	3 525 575	10 982 705	18 940	2,4%	0,2%
LPP	16 818	2 379 776	1 305 959	645 795	1 951 754	428 022	54,9%	18,0%
- dont optique	5 504	741 112	115 442	282 598	398 041	343 071	44,0%	46,3%
- dont audioprothèses	106	71 212	28 478	29 775	58 253	12 959	1,7%	18,2%
Transports	2 279	1 169 490	927 684	212 786	1 140 471	29 020	3,7%	2,5%
Autres prestations	90	35 295	26 287	7 263	33 550	1 745	0,2%	4,9%
TOTAL SOINS DE VILLE	44 286	34 259 937	22 514 444	11 024 918	28 839 351	719 576	92,4%	2,1%
HOSPITALISATION PRIVÉE								
Etablissements sanitaires	3 149	3 979 605	3 705 297	236 110	3 941 407	38 197	4,9%	1,0%
Médecine-Chirurgie- Obstétrique	3 031	2 853 834	2 724 981	124 099	2 849 080	4 753	0,6%	0,2%
Psychiatrie	62	420 675	369 903	46 965	416 868	3 807	0,5%	0,9%
Soins de suite et de réadaptation	101	705 096	610 413	65 046	675 459	29 637	3,8%	4,2%
Etablissements médico-sociaux	265	5 787 643	5 584 116	183 215	5 767 330	20 313	2,6%	0,4%
TOTAL HOSPITALISATION PRIVÉE	3 393	9 767 248	9 289 413	419 325	9 708 737	58 510	7,5%	0,6%
HOSPITALISATION PUBLIQUE								
	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
TOTAL	44 317	44 027 185	31 803 856	11 444 243	43 248 099	779 086	100,0%	1,8%

(*) Personnes ayant eu un remboursement au moins une fois dans l'année pour le poste considéré.

n. c. = non calculé. Par construction, compte tenu de la réglementation – prise en charge à la CMU-C du forfait journalier, de la participation assurée (forfait 18 euros) et du ticket modérateur hospitaliers – le RAC à l'hôpital public n'a pas été calculé (sont néanmoins compris dans les RAC les honoraires du secteur privé à l'hôpital public).

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Tableau 4

**Dépenses annuelles moyennes, remboursements annuels moyens et restes
à charge annuels moyens des bénéficiaires de la CMU-C par postes de soins en 2010**

	Dépense moyenne par consommant du poste (*) (en euros)	Remboursement moyen par consommant du poste (*) (en euros)	RAC moyen par consommant du poste avec RAC (**) (en euros)	RAC moyen par ensemble des consommateurs (en euros)	Nombre de consommateurs du poste (*)	Nombre de consommateurs du poste avec RAC (**)	Part des consommateurs du poste avec RAC
SOINS DE VILLE							
Honoraires médicaux	248	245	22	3	41 986	5 318	12,7%
Consultations	160	158	17	2	40 610	4 152	10,2%
Visites (y compris les frais de déplacement)	102	101	13	1	5 041	238	4,7%
Actes techniques (y compris radiologie)	151	149	30	2	20 634	1 379	6,7%
Forfaits techniques (IRMN, scanner...)	152	152	32	0	948	2	0,2%
Autres honoraires médicaux	38	38	7	0	3 128	74	2,4%
Dentaires	384	376	179	8	12 500	578	4,6%
Prescriptions	429	418	64	11	41 635	7 348	17,6%
Actes des auxiliaires médicaux (y compris les frais de déplacement)	258	256	36	2	9 798	422	4,3%
Biologie	126	126	20	0	15 483	304	2,0%
Pharmacie	271	271	11	0	40 578	1 728	4,3%
LPP	142	116	78	25	16 818	5 504	32,7%
- dont optique	135	72	165	62	5 504	2 075	37,7%
- dont audioprothèses	672	550	393	122	106	33	31,1%
Transports	513	500	236	13	2 279	123	5,4%
Autres prestations	392	373	67	19	90	26	28,9%
TOTAL SOINS DE VILLE	774	651	62	16	44 286	11 629	26,3%
HOSPITALISATION PRIVÉE							
Etablissements sanitaires	1 264	1 252	227	12	3 149	168	5,3%
Médecine-Chirurgie- Obstétrique	942	940	30	2	3 031	157	5,2%
Psychiatrie	6 785	6 724	1 269	61	62	3	4,8%
Soins de suite et de réadaptation	6 981	6 688	3 293	293	101	9	8,9%
Etablissements médico-sociaux	21 840	21 764	2 257	77	265	9	3,4%
TOTAL HOSPITALISATION PRIVÉE	2 879	2 861	331	17	3 393	177	5,2%
HOSPITALISATION PUBLIQUE							
	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
TOTAL	993	976	66	18	44 317	11 737	26,5%

(*) Personnes ayant eu un remboursement au moins une fois dans l'année pour le poste considéré.

(**) Personnes ayant eu un remboursement au moins une fois dans l'année et avec un RAC pour le poste considéré.

n.c. = non calculé. Par construction, compte tenu de la réglementation – prise en charge à la CMU-C du forfait journalier, de la participation assuré (forfait 18 euros) et du ticket modérateur hospitalier – le RAC à l'hôpital public n'a pas été calculé (sont néanmoins compris dans les RAC les honoraires du secteur privé à l'hôpital public).

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Tableau 5

Distribution du RAC total du dernier décile des bénéficiaires à la CMU-C avec un RAC en 2010

	RAC du dernier décile (en euros)	RAC moyen du dernier décile (en euros)	Répartition du RAC du dernier décile par poste
Honoraires médicaux	38 685	33,0	7,5%
Consultations	20 794	17,7	4,1%
Visites (y compris les frais de déplacement)	372	0,3	0,1%
Actes techniques (y compris radiologie)	17 462	14,9	3,4%
Forfaits techniques (IRMN, scanner...)	0	0,0	0,0%
Autres honoraires médicaux	57	0,0	0,0%
Dentaires	88 971	75,8	17,3%
Prescriptions	301 965	257,2	58,9%
Actes des auxiliaires médicaux (y compris les frais de déplacement)	5 407	4,6	1,1%
Biologie	803	0,7	0,2%
Pharmacie	3 480	3,0	0,7%
LPP	292 274	249,0	57,0%
- dont optique	262 491	223,6	51,2%
- dont audioprothèse	12 518	10,7	2,4%
Transports	26 873	22,9	5,2%
Autres prestations	807	0,7	0,2%
TOTAL SOINS DE VILLE	457 301	389,5	89,2%
Etablissements sanitaires	35 433,0	30,2	6,9%
Médecine-Chirurgie-Obstétrique	1 378	1,2	0,3%
Psychiatrie	3 888	3,3	0,8%
Soins de suite et de réadaptation	30 167	25,7	5,9%
Etablissements médico-sociaux	20 222	17,2	3,9%
TOTAL HOSPITALISATION PRIVÉE	55 655	47,4	10,8%
TOTAL HOSPITALISATION PUBLIQUE	n.c.	n.c.	n.c.
TOTAL	512 956	436,9	100,0%

Champ: Régime général, hors sections locales mutualistes
Source: SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Encadré 2 (suite)

Nomenclature	Codes liquidation	Codes tips	Montant maximum pris en charge en sus du tarif (en euros)	Prix limite de vente (en euros)
Monture	OPM	202A01	20,02	22,87
Sphère de -6 à +6	OP1	202A00.11	13,57	15,85
Sphère de -6,25 à -10,00 ou de 6,25 à +10,00	OP3	202A00.12	22,56	26,68
Sphère située en dehors de la zone -10,00 à +10,00	OP3	202A00.13	19,06	26,68
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et de sphère allant de -6,00 à +6,00	OP2	202A00.21	15,09	18,75
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et de sphère allant de -6,00 à +6,00	OP3	202A00.22	18,92	26,68
Cylindre supérieur à +4,00 et de sphère allant de -6,00 à +6,00	OP3	202A00.23	20,43	26,68
Cylindre supérieur à +4,00 et de sphère située en dehors de la zone allant de -6,00 à +6,00	OP3	202A00.24	17,23	26,68
Sphère allant de -4,00 à +4,00	OP4	202A00.31	34,61	41,92
Sphère située en dehors de la zone allant de -4,00 à +4,00	OP4	202A00.32	31,1	41,92
Quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de -8,00 à +8,00	OP5	202A00.41	33,08	43,45
Quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de -8,00 à +8,00	OP6	202A00.42	32,62	57,17

Source: arrêté du 14 août 2002 relatif aux conditions de prise en charge et aux prix limites de vente des équipements d'optique aux bénéficiaires de la CMU-C

Tableau 6

Dépense, remboursement et RAC en optique des bénéficiaires de la CMU-C, ayant bénéficié de prestations d'optique en 2010

	Dépense moyenne	Montant moyen remboursé RG	Montant moyen remboursé CMU-C	Montant moyen remboursé (RG + CMU-C)	Reste à charge moyen
Optique (en euros)	135	21	51	72	63

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Tableau 7

RAC moyen en optique selon les prestations

	% consommateurs	RAC moyen (en euros)
Verres	98,7 %	33,2
Monture	94,8 %	30,6

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

● Focus sur l'optique et le dentaire

L'optique et les soins dentaires sont deux secteurs qui peuvent générer des restes à charge élevés.

Ainsi pour les personnes qui ont eu recours à des soins dentaires et qui ont eu un reste à charge (5 % des personnes qui ont reçu des soins dentaires), celui-ci s'élève en moyenne à 180 €.

Pour les dépenses d'optique, près des deux tiers des bénéficiaires n'ont rien eu à déboursier, mais le reste à charge moyen pour le tiers restant s'élève à 165 euros sur l'année, et est supérieur à 300 euros pour 5 % d'entre eux. Il n'y a pas de différence significative dans le contenu

et la structure de la dépense (monture, types de verres) selon qu'il y a ou non un reste à charge (tableaux 6 et 7).

Ces résultats sur l'optique et le dentaire sont cohérents avec ceux de la DREES qui évaluait en 2006 les contrats complémentaires de A à D [5] : l'étude montre que la CMU-C offre une meilleure garantie pour les prothèses dentaires (contrat en classe B pour ce poste) que pour les lunettes (contrat en classe C pour ce poste).

Les RAC en dentaire et en optique sont très concentrés : les 1 % de bénéficiaires de la CMU-C qui ont le RAC global le plus

élevé concentrent 30 % des RAC en dentaire et 16 % des RAC en optique.

Le RAC en optique s'élevait à 32,7 euros en moyenne pour les verres, avec de fortes variations selon l'âge et le type de verre : de 18,7 euros pour les 0-14 ans à 52,6 euros pour les 60 ans et plus, moins de 40 euros pour un verre simple foyer et plus de 40 euros pour un verre multifocal progressif.

Le RAC moyen pour les montures atteignait 28,5 euros, avec des moyennes de 23,6 euros et 30,7 euros respectivement pour les montures destinées aux enfants et celles destinées aux adultes.



Conclusion

Aujourd'hui, plus de 4 millions de personnes ayant de faibles revenus ont, au titre de la CMU-C, une protection complémentaire gratuite. Les trois quarts d'entre eux ont fait appel au système de santé, en 2010, sans avoir aucun reste à charge ; 85 % ont eu moins de 10 euros à déboursier sur l'ensemble de l'année, 95 % moins de 65 euros, soit 5 euros par mois.

Cependant, une minorité est confrontée à des RAC élevés : 5 % des bénéficiaires ont à leur charge une somme de 270 euros en moyenne, et pour 1 % cette somme atteint 690 euros en moyenne. Même si les pourcentages de population sont faibles, ils ne sont pas négligeables

et les sommes en cause sont élevées au regard des revenus des personnes.

Ces restes à charge parfois importants concernent notamment le domaine de l'optique et des soins dentaires (au sens large, c'est-à-dire en incluant non seulement les honoraires dentaires, mais également les prothèses, l'orthodontie et la stomatologie) : l'optique est le premier poste contribuant au RAC ; viennent ensuite les soins dentaires, puis les consultations et visites. Les actes médicaux, diagnostics et thérapeutiques, et les transports représentent une part plus faible du RAC total.

Les RAC élevés sont concentrés sur certains postes de soins : en optique, 4 béné-

ficiaires sur 10 ont eu un RAC, qui est en moyenne de 60 euros et peut atteindre 300 euros pour 5 % des bénéficiaires qui ont eu un RAC en optique. En dentaire, ce sont 5 % des bénéficiaires qui ont eu un RAC, de l'ordre de 180 euros.

Par ailleurs, si les résultats permettent de quantifier les RAC et d'en identifier les principales sources, ils ne permettent pas de comprendre les circonstances dans lesquelles les assurés peuvent être amenés à une participation financière élevée. Une enquête qualitative et quantitative auprès d'un échantillon de bénéficiaires de la CMU-C ainsi que d'un échantillon d'opticiens est en cours pour compléter cette première analyse (encadré 5).

Encadré 5

ÉTUDE DES CIRCONSTANCES DE LA CONSOMMATION DE SOINS EN OPTIQUE À L'ORIGINE DE RESTES À CHARGE CHEZ LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C

Cette étude a montré que, pour les bénéficiaires de la CMU-C, les restes à charge (RAC), notamment sur l'optique, sont fréquents et représentent parfois un budget important.

Deux cas de figure peuvent se présenter *a priori* :

- certains de ces RAC peuvent résulter de choix volontaires s'inscrivant dans une démarche de consommation : les bénéficiaires peuvent faire le choix de prestations ne figurant pas explicitement dans le panier de soins (montures de marque, etc.),
- *a contrario*, certains RAC peuvent être subis, dans l'hypothèse où le choix limité proposé par le professionnel (opticien) ne permet pas d'être totalement pris en charge dans le cadre du panier de soins.

Dans ce contexte, l'Assurance maladie, qui gère une grande partie de la CMU-C souhaite améliorer le service rendu aux bénéficiaires de la CMU-C et garantir le meilleur accès aux soins.

C'est pourquoi la CNAMTS a souhaité mener une étude complémentaire, dont la réalisation a été confiée au Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC).

Cette étude a deux objectifs :

- quantifier et caractériser les pratiques de consommation de soins en optique à l'origine de RAC « significatifs » chez les bénéficiaires de la CMU-C ;
- identifier les circonstances, causes et motivations des RAC subis, et les hiérarchiser afin de pouvoir définir des solutions spécifiques.

L'étude demandée par la CNAMTS comporte deux volets :

Un premier volet qualitatif exploratoire a été conduit par enquête en « face à face » à la fois auprès de 20 opticiens et de 20 bénéficiaires de la CMU-C.

Une partie de l'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon le plus représentatif possible des opticiens présents sur le marché français, selon le type d'enseignes (indépendants, franchisés et commerces associés), la localisation géographique (centre ville ou périphérie), l'implantation (rues commerçantes, centres commerciaux) et la proportion de bénéficiaires de la CMU-C qui constitue leur clientèle.

Elle a deux objectifs :

- recenser les éventuelles difficultés auxquelles ces professionnels sont confrontés actuellement pour offrir un choix de

qualité aux bénéficiaires de la CMU-C,

- identifier les solutions possibles qu'ils préconiseraient pour éviter que cette clientèle ne soit contrainte d'aller au-delà des offres qui leurs sont faites.

L'autre partie de l'enquête qualitative a été réalisée auprès de bénéficiaires de la CMU-C.

Elle a deux objectifs :

- connaître les circonstances et motifs de consommation de soins en optique de bénéficiaires de prestations d'optique (avec RAC ou non) : prestations proposées par les opticiens, choix de consommation... ;
- identifier les attentes de ces bénéficiaires vis-à-vis de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Un second volet quantitatif de hiérarchisation a été réalisé par questionnaire téléphonique et a pour objectif d'estimer la proportion des bénéficiaires de la CMU-C ayant supporté des RAC « significatifs » subis/contraints dans le cadre de soins d'optique. Les bénéficiaires interrogés sont affiliés aux CPAM de Lille-Douai, Roubaix-Tourcoing, Lyon, Bordeaux, Créteil, Bobigny et Marseille.

Les résultats des deux volets de cette enquête feront l'objet d'une prochaine publication.



Bibliographie

[1] Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Points de repère n° 8, CNAMTS, août 2007.

[2] Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMU-C en 2006 ? Études et Résultats n° 675, DREES, janvier 2009.

[3] Quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU. Fonds CMU, juillet 2009.

[4] L'Echantillon généraliste de bénéficiaires. Points de repère n° 25, CNAMTS, septembre 2009.

[5] Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007. Études et Résultats n° 698, DREES, août 2009.

[6] La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. Questions d'économie de la santé n° 161, Irdes, janvier 2011.



Collection des points de repère

N° 1 – Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée

N° 2 – La progression des génériques au premier trimestre 2006

N° 3 – Coût des trente affections de longue durée pour l'Assurance maladie

N° 4 – L'utilisation des systèmes d'information de l'assurance maladie pour l'analyse des pratiques de prescription : quelques exemples

N° 5 – Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie

N° 6 – La consommation d'antibiotiques : situation en France au regard des autres pays européens

N° 7 – Prise en charge de la mucoviscidose en affection de longue durée

N° 8 – Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU Complémentaire

N° 9 – Les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006

N° 10 – Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006

N° 11 – Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières en maladie

N° 12 – Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments

N° 13 – Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005

N° 14 – Un an de codage CCAM en secteur libéral – premiers résultats sur une année complète : 2006

N° 15 – Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007

N° 16 – Les causes médicales de l'invalidité en 2006

N° 17 – Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre

N° 18 – Les maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants et adolescents en France : prévalence des affections de longue durée en 2004

N° 19 – Les données 2007 du codage de la biologie médicale

N° 20 – Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007

N° 21 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2007

N° 22 – Mieux connaître les dépenses de médicaments : une comparaison méthodique de deux sources de données GERS et CNAMTS

N° 23 – Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006

N° 24 – Remboursement de médicaments antiasthmatiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l'asthme

N° 25 – L'échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites

N° 26 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2008

N° 27 – Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008

N° 28 – La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire

N° 29 – Les associations d'actes CCAM en 2008

N° 30 – Les traitements médicamenteux en grand conditionnement : la situation 5 ans après l'autorisation

N° 31 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2009

N° 32 – Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité

N° 33 – Les actes de biologie médicale : analyse des dépenses en 2008 et 2009

N° 34 – Médicaments remboursables délivrés en officine : principales évolutions en 2009

Contact : pauline.ricci@cnamts.fr

Le reste à charge des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2010

Contexte :

La CMU complémentaire permet à ses bénéficiaires d'obtenir un accès gratuit à la médecine libérale ou à l'hôpital sans dépenses à charge pour le patient et sans avance de frais. La CMU-C prend effectivement en charge le ticket modérateur des soins réalisés en ville et à l'hôpital, le forfait hospitalier et dans certaines limites, les dépassements tarifaires des prothèses et appareillages (dentaire et optique). Les soins sont pris en charge à 100% en tiers payant et les professionnels de santé sont tenus d'appliquer les tarifs du secteur 1 à tout bénéficiaire de la CMU-C, sauf en cas d'exigence particulière du patient (visite de nuit alors qu'il n'y a pas d'urgence par exemple).

L'objectif de cette étude est de mesurer les montants restant à la charge des bénéficiaires de la CMU-C sur les principaux postes de dépenses. En effet, de récents travaux, menés notamment par la CNAMTS, ont mis en évidence l'existence de participations financières supplémentaires pour des soins qui n'auraient pas dû en générer. C'est pourquoi, le Fonds CMU a sollicité la caisse des Hauts-de-Seine pour mener un état des lieux détaillé de la situation, au niveau local.

Les restes à charge seront analysés pour plusieurs postes de dépenses :

- les consultations des médecins en distinguant les généralistes et les spécialistes, le secteur 1 et le secteur 2,
- les actes techniques,
- les actes paramédicaux,
- les actes dentaires y compris ceux réalisés hors panier de soins,
- l'optique y compris celle non incluse dans le panier de soins,
- les prothèses et les orthèses de la LPP.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire : une population jeune, féminine et en moins bonne santé

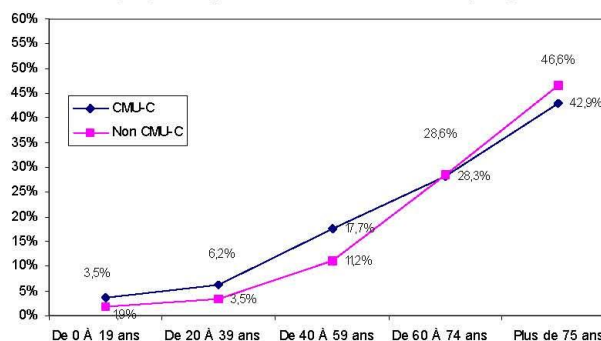
En 2010, 57 900 bénéficiaires de la CMU complémentaire sont dénombrés sur le département des Hauts-de-Seine, soit 4,2% de la population totale.

La population des bénéficiaires de la CMU complémentaire est plutôt féminine : on observe 52,9% de femmes, soit un peu plus que pour les autres bénéficiaires des Hauts-de-Seine composés de 51,5% de femmes.

L'analyse de la population par classe d'âge laisse apparaître, chez les bénéficiaires de la CMUC, une population bien plus jeune (26,6 ans en moyenne) que les autres bénéficiaires (âge moyen de 37,3 ans).

D'autre part, les bénéficiaires de la CMUC de moins de 60 ans sont en moins bonne santé que les autres bénéficiaires. En effet, en regardant la part de bénéficiaires atteints d'une ALD selon l'âge des bénéficiaires, on s'aperçoit qu'elle est supérieure chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire en dessous de 60 ans.

Graphique 2 - Répartition des bénéficiaires de l'ALD par âge



Enfin, les communes où l'on trouve le plus de bénéficiaires de la CMU complémentaire sont également les moins aisées financièrement.

Ainsi, à Nanterre et à Gennevilliers, on observe 10% de la population qui bénéficient de la CMU complémentaire. Une commune très aisée comme Marnes-La-Coquette, présente un taux de CMU complémentaire de 0,4%.

Plus d'un bénéficiaire sur 2 n'a pas eu de reste à charge en 2010

Sur 57 903 bénéficiaires de la CMU complémentaire, 80% ont bénéficié de soins remboursés durant l'année 2010.

En moyenne, les dépenses de santé pour des soins dispensés en ville (en cabinet libéral ou en centre de santé) s'élèvent à 729€ pour un bénéficiaire de la CMU en 2010.

L'Assurance Maladie prend en charge une grande partie des dépenses de soins. La part des dépenses remboursées par l'assurance maladie au niveau du régime obligatoire s'élève en moyenne à 62,2% pour un bénéficiaire de la CMU-C et à 56,2% pour un non bénéficiaire de la CMU-C. La part restante est prise en charge par les mutuelles complémentaires et par l'assuré si le complément n'est pas intégral.

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le reste à charge supporté par assuré sur l'année 2010, après contribution de la complémentaire, s'élève à 65€, soit 9% de la dépense initiale. Il est relativement faible mais, dans le cadre de la CMU complémentaire, tous les soins devraient être pris en charge intégralement.

On dénombre 20 715 bénéficiaires de la CMU-C ayant eu du reste à charge en 2010, soit 44% des consommateurs. Le reste à charge moyen sur la population CMUC en ayant eu s'élève à 145€.

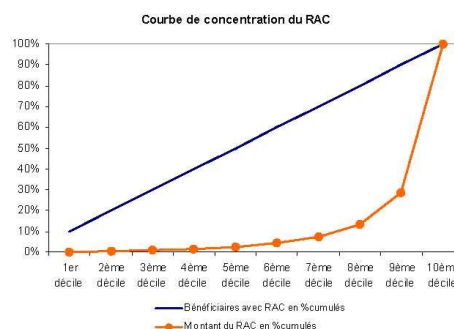
Plusieurs raisons peuvent être avancées :

- Le patient peut s'orienter vers un soin non compris dans le panier proposé dans le cadre du dispositif et qui ne sera donc pas pris en charge dans les mêmes conditions (optique, prothèses dentaires).
- les dépassements d'honoraires des médecins, très fréquents sur le département des Hauts-de-Seine, surtout en secteur 2. Néanmoins, la part des actes avec dépassement n'est que de 1,8% contre 13% pour les autres bénéficiaires. Les médecins appliquent donc, en grande majorité, la tarification applicable dans le cadre de la CMU complémentaire.

Des restes à charge élevés concentrés sur un petit nombre d'assurés

Cependant, dans l'ensemble de la population CMUC ayant eu du reste à charge en 2010, 10% ont dû supporter un reste à charge supérieur à 339€.

Le reste à charge moyen, pour cette classe, s'élève à 1 034€ pour l'année 2010, soit 71% du reste à charge total.



Les bénéficiaires de la CMU-C qui concentrent les restes à charge les plus élevés (dernier décile) sont, de façon logique, également ceux dont la dépense de soins annuelle est la plus forte. C'est une population :

- plutôt féminine : 58,6% des personnes appartenant au dernier décile sont des femmes alors qu'elles représentent 52,9% de l'ensemble des CMUistes.
- relativement âgée : les plus de 40 ans sont surreprésentés comparativement à la distribution par âge de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C.
- dont l'état de santé précaire nécessite un suivi médical régulier (ALD) : 17% des personnes du dernier décile sont en ALD contre 10% sur l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C.

Analyse des RAC selon le profil des bénéficiaires de la CMUC – Année 2010

		Nombre de bénéficiaires de la CMU-C (consommants)	Dépense moyenne	Nombre de bénéficiaires sans RAC	Nombre de bénéficiaires avec RAC	Montant moyen du RAC	Appartenant au dernier décile RAC	Montant moyen du RAC du dernier décile
Effectif		46570	728,6 €	25855	20715	144,9 €	2072	1 034,4 €
Age moyen		29,6		28,3	31,4			
Classes d'âge	0-19 ans	36,7%	350,7 €	41,4%	33,6%	62,9 €	8,4%	1 069,6 €
	20-39 ans	29,6%	655,2 €	26,7%	27,6%	151,3 €	29,8%	995,4 €
	40-60 ans	25,0%	1 112,2 €	24,0%	28,4%	210,9 €	44,8%	1 056,7 €
	60 ans et plus	8,6%	1 377,5 €	7,9%	10,5%	211,1 €	14,3%	1 024,2 €
sexe	Femmes	52,9%	760,1 €	51,9%	59,7%	142,9 €	58,6%	1 016,7 €
	Hommes	47,1%	687,5 €	48,1%	40,3%	147,79	41,4%	1 059,0 €
ALD	Oui	10,2%	1 919,2 €	9,3%	12,3%	181,3 €	17,0%	976,5 €
	Non	89,8%	571,5 €	90,7%	87,7%	139,8 €	83,0%	1 046,3 €

Les RAC sont surtout élevés pour les postes comme l'optique, les prothèses dentaires et les audioprothèses.

Pour les dispositifs relatifs à l'optique, ces restes à charge s'expliquent surtout par la possibilité d'exigences particulières des bénéficiaires de la CMUC (monture d'une qualité particulière, traitement anti-reflet, traitement anti-rayure, verres amincissants, ...). Dans ce cas, la partie du prix excédant le montant maximum et résultant de ces suppléments reste à la charge du bénéficiaire, d'où des RAC pouvant être très importants.

Pour les honoraires, les RAC sont variables en fonction de la spécialité médicale du professionnel de santé. Ils sont résiduels pour des actes de première nécessité tels que la médecine générale, la pédiatrie, la rhumatologie ou la pneumologie. Ils sont par contre plus fréquents pour des actes réalisés ponctuellement comme pour la chirurgie plastique et reconstructrice, la médecine physique et de réadaptation, la chirurgie urologique, la stomatologie, la chirurgie générale et l'anesthésiologie.

Les dépassements facturés par les médecins spécialistes pour les bénéficiaires de la CMU-C sont plus fréquents dans les communes aisées du département telles que Neuilly-sur-Seine, Saint-Cloud, Vaucresson, Garches, Ville d'Avray, Chaville ou Boulogne-Billancourt. Mais leurs montants sont très hétérogènes d'une commune à l'autre. Élevés à Neuilly (34€ en moyenne) et à Saint-Cloud (22€), ils sont plus modérés à Boulogne-Billancourt (18€), Chaville (16€), Suresnes (19€) ou Puteaux (17€).

En revanche, les dépassements d'honoraires sont plus rarement pratiqués dans les communes plus modestes, qu'elles soient situées au nord ou au sud du département. C'est le cas à Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Clichy, Bourg-la-Reine, Vanves, Malakoff. Le taux de dépassement moyen y varie entre 1% et 4%.

Les RAC sont marginaux pour les soins infirmiers et les actes de kinésithérapie. Si la pratique des dépassements dans la population générale est peu répandue chez les infirmières dans le département des Hauts-de-Seine, elle est beaucoup plus courante chez les masseurs-kinésithérapeutes. Ces derniers respectent donc la législation pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Analyse des RAC par poste de dépenses – Année 2010

	Nombre de consommants	Dépense moyenne	% d'actes avec dépassement	Proportion de bénéficiaires avec RAC	Montant moyen du RAC	Montant du RAC dernier décile	Proportion de bénéficiaires appartenant au dernier décile	Montant moyen du RAC du dernier décile
Consultations en médecine générale	43 314	86,4 €	1,10%	2,6%	18,1 €	40,1 €	0,3%	91,8 €
Consultations en médecine spécialisée	25 769	76,2 €	7,90%	10,7%	23,4 €	54,0 €	1,0%	106,8 €
dont Pédiatrie	3 461	78,2 €	5,30%	8,3%	18,3 €	41,5 €	0,8%	77,8 €
dont Ophtalmologie	6 464	35,4 €	10,40%	7,3%	24,4 €	47,0 €	0,6%	75,2 €
dont Dermatologie	5 545	43,4 €	7,20%	5,7%	22,4 €	51,1 €	0,6%	87,5 €
dont Psychiatrie générale	5 017	307,6 €	10,90%	14,0%	68,0 €	197,0 €	1,4%	267,0 €
dont Gynécologie obstétrique	2 355	48,6 €	14,70%	11,7%	37,7 €	87,0 €	1,1%	149,2 €
dont ORL	2 538	44,2 €	11,90%	9,1%	16,6 €	37,0 €	0,7%	70,8 €
dont Gynécologie médicale	2 344	45,0 €	13%	8,0%	20,6 €	50,0 €	0,8%	71,1 €
dont Rhumatologie	1 544	54,4 €	5,80%	4,4%	26,0 €	60,0 €	0,5%	113,6 €
dont Pathologie cardio-vasculaire	1 560	58,7 €	11,20%	4,7%	34,7 €	44,3 €	0,4%	254,2 €
dont Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale	1 085	32,4 €	22,20%	18,1%	9,8 €	27,0 €	0,8%	48,9 €
dont Endocrinologie et métabolismes	732	57,8 €	10,80%	6,7%	23,2 €	39,0 €	0,7%	103,4 €
dont Chirurgie orthopédique et traumatologie	805	58,5 €	9%	9,9%	25,1 €	53,4 €	1,0%	84,0 €
dont Gastro-entérologie et hépatologie	1 016	52,3 €	10,80%	6,8%	25,9 €	80,4 €	0,7%	117,7 €
dont Chirurgie générale	667	54,7 €	22,30%	15,7%	28,6 €	64,2 €	1,6%	127,7 €
dont Stomatologie	344	34,7 €	20,60%	12,5%	9,1 €	19,4 €	1,5%	36,4 €
dont Pneumologie	292	44,8 €	6,30%	4,5%	28,9 €	67,0 €	0,7%	100,5 €
dont Neurologie	238	66,0 €	17,30%	8,8%	43,1 €	65,7 €	0,8%	154,7 €
dont Médecine physique et réadaptation	96	78,8 €	25,60%	25,0%	33,5 €	72,0 €	3,1%	136,7 €
dont Chirurgie urologique	374	52,1 €	23,60%	11,0%	30,3 €	74,0 €	0,8%	115,0 €
dont Neuro-psychiatrie	32	154,2 €	17,30%	6,3%	4,7 €	5,3 €	3,1%	5,4 €
dont Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	120	43,9 €	28,20%	20,8%	37,2 €	76,6 €	2,5%	102,7 €
Soins dentaires	15 983	146,1 €	3,7%	4,3%	14,9 €	22,9 €	0,6%	132,5 €
dont soins conservateurs	12 313	120,2 €	2,7%	3,6%	25,5 €	32,0 €	0,4%	225,2 €
Prothèses dentaires avec forfait CMU	2 800	671,7 €	0,0%	1,7%	249,3 €	351,5 €	0,2%	1 696,3 €
Prothèses dentaires hors forfait CMU	3 717	1 003,7 €	60,9%	74,1%	701,6 €	1 535,5 €	7,4%	2 738,3 €
Soins infirmiers	3 785	132,3 €	0,3%	0,9%	10,3 €	18,3 €	0,1%	43,1 €
Actes de kinésithérapie	4 189	264,3 €	2,3%	4,0%	53,3 €	106,5 €	0,4%	319,5 €
Optique	5 198	149,3 €	81,4%	35,5%	107,5 €	227,1 €	4,8%	559,9 €
dont verres forfait CMU	3 422	83,2 €	14,7%	17,6%	104,8 €	253,6 €	2,0%	368,2 €
dont verres hors forfait	1 778	109,4 €	45,9%	40,1%	134,5 €	322,6 €	4,0%	778,7 €
dont montures forfait CMU	3 244	45,4 €	17,2%	19,3%	103,6 €	179,1 €	1,9%	311,9 €
dont montures hors forfait	1 722	81,7 €	52,2%	45,9%	86,4 €	183,2 €	4,6%	329,6 €
LPP hors optique	9 748	178,3 €	33,9%	33,9%	27,8 €	38,7 €	3,4%	273,7 €
dont prothèses auditives	113	789,8 €	72,5%	23,0%	945,3 €	1 912,7 €	2,7%	3 681,5 €
Total dépenses soins de ville	46 570	728,6 €	1,80%	44,5%	144,9 €	339,0 €	4,4%	1 034,4 €

Conclusion

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le reste à charge supporté par l'assuré sur l'année 2010 s'élève, après contribution de la complémentaire, à 65 euros, ce qui représente 9% de la dépense initiale.

Néanmoins, plus d'une personne sur deux ne supporte aucune dépense supplémentaire. De plus, le reste à charge est concentré sur une petite partie de la population puisque 10% des bénéficiaires de la CMU-C condense 71% du montant du reste à charge total.

Les raisons : un recours plus important auprès des médecins de secteur 1 ou des centres de santé et la possibilité de bénéficier des paniers de soins mis à disposition dans le cadre de la complémentaire, pour l'optique et les soins dentaires.

Le reste à charge évolue en fonction des caractéristiques des patients. Ainsi, l'âge et l'état de santé induisent une consommation de soins importante et influencent donc la possibilité d'une part restant à la charge de l'assuré. L'offre de soins pèse également sur le portefeuille des bénéficiaires de la CMU-C : pouvoir accéder à un médecin de secteur 1 ou à un centre de santé réduit la probabilité d'un reste à charge.

Précisions méthodologiques

Cette étude a été réalisée à partir des mandatements de l'année 2010 issus de la base de données ERASME Régional de l'Assurance Maladie. Les soins retenus sont exclusivement ceux qui ont été réalisés pendant la période de couverture de la CMU-C pour un assuré donné. Par exemple, seuls les soins réalisés de septembre à décembre sont pris en compte pour un bénéficiaire ayant souscrit un contrat à compter du 1^{er} septembre 2010.

D'autre part, les actes pris en compte relèvent d'une activité libérale, ou salariée d'un centre de santé. Les actes médicaux réalisés en clinique privée ou à l'hôpital n'ont pas été pris en compte. Seuls les restes à charge concernant des soins réalisés en ville ont donc été mesurés.

D'autre part, ont été exclus tous les soins liés à une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Enfin, afin de mesurer une dépense réelle, nous avons tenu compte des majorations et des compléments d'acte qui se rajoutent, quand il y en a, au prix de l'acte de base.



agir ensemble

Les restes à charge supportés par les bénéficiaires de la CMU Complémentaire en 2010 au Régime agricole en Gironde

■ MSA GIRONDE - Étude statistique - juillet 2011



www.msa33.fr



L'essentiel & plus encore

SYNTHÈSE

L'objectif de cette étude est de confirmer l'existence d'un reste à charge pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU_C) relevant de la MSA Gironde et d'en analyser les caractéristiques. Il s'agit d'une première approche permettant d'explorer les données disponibles pour cerner cette population et ses dépenses de santé. L'étude porte ainsi sur les **4 545 bénéficiaires de la CMU_C** relevant du régime agricole, hors organismes complémentaires, résidant dans le département de la Gironde, âgés de 60 ans ou moins et ayant perçu au moins un remboursement de soins de ville au cours de l'année 2010.

Les principaux éléments d'analyse mettent en évidence qu'il semble bien exister un reste à charge à supporter par les bénéficiaires de la CMU_C, après remboursements des parts obligatoire et complémentaire : ce reste à charge représente, au sein de la population étudiée, plus de 4% des dépenses réelles de soins de ville et concerne près de 20% des personnes couvertes par le CMU_C.

Parmi la population supportant un RAC (886 personnes), **le reste à charge est en moyenne de 106 euros en 2010**, pour une dépense réelle moyenne de 978 euros. Pour cette population, le RAC représente près de 11% des dépenses engagées.

Les bénéficiaires de la CMU_C sont jeunes. Toutefois, il apparaît que les personnes supportant un RAC présentent un profil plus âgé et plus féminin que les bénéficiaires sans RAC (*l'âge moyen des bénéficiaires avec RAC s'élève 30,7 ans contre 25,1 ans pour les bénéficiaires sans RAC*). Il ressort très clairement qu'**avec l'avancée en âge, la part des personnes concernées par des RAC, ainsi que les montants moyens des dépenses engagées et des RAC supportés, sont croissants.**

Parmi l'ensemble des bénéficiaires de la CMU_C avec RAC, 10% d'entre eux supportent un reste à charge supérieur à 299 euros pour l'année 2010 (*dernier décile*) et concentrent ainsi près de 58% du montant total de RAC. Ils sont âgés en moyenne de 43 ans.

Les postes de dépenses les plus impactés par l'existence d'un reste à charge sont les dépenses dentaires et optiques : respectivement 16% et plus de 25 % des consommateurs doivent supporter un reste à charge, dont les montants moyens s'élèvent à respectivement 351 et 95 euros par bénéficiaire (*bénéficiaire consommant avec RAC*). On constate que ces situations de restes à charge concernent pour le dentaire, des personnes plutôt âgées : plus de 57% d'entre elles ont 40 ans ou plus. Ce sont les dépenses relatives aux prothèses qui concentrent l'essentiel des restes à charge. En ce qui concerne les dépenses d'optique, les bénéficiaires supportant un RAC sont jeunes, plus de la moitié d'entre eux ont au plus 18 ans. On enregistre au sein de la population étudiée, un reste à charge moyen par bénéficiaire (*consommant avec RAC*) de 70 euros pour les montures et de 80 euros pour les verres.

ANNEXE 6 : FOCUS SUR LE PANIER DE SOINS OPTIQUE

> 18 ans

À partir du 18ème anniversaire						
Nomenclature	Code liqui- dation	Code TIPS	Code LPP	Tarifs LPP	Compléme nt au TM/CMU	Prix de vente maximum
Monture	OPM	202A01	2223342	2.84 €	20.02 €	22.87 €
Verre simple foyer sphérique						
Sphère de - 6 à + 6	OP1	202A00.11	2203240	2.29 €	13.57 €	15.85 €
Sphère de - 6.25 à - 10.00	OP3	202A00.12	2282793	4.12 €	22.56 €	26.68 €
de + 6.25 à + 10.00			2280660			
Sphère située en dehors de la zone - 10.00 à + 10.00	OP3	202A00.13	2235776	7.62 €	19.06 €	26.68 €
Verre simple foyer sphéro-cylindrique						
Cylindre < ou = à + 4.00 et de sphère allant de - 6.00 à + 6.00	OP2	202A00.21	2259966	3.66 €	15.09 €	18.75 €
Cylindre < ou = à + 4.00 et de sphère située en dehors de la zone allant de - 6.00 à + 6.00	OP3	202A00.22	2284527	6.86 €	19.82 €	26.68 €
Cylindre > à + 4.00 et de sphère allant de + 6.00 à - 6.00	OP3	202A00.23	2212976	6.25 €	20.43 €	26.68 €
Cylindre > à + 4.00 et de sphère située en dehors de la zone allant de - 6.00 à + 6.00	OP3	202A00.24	2288519	9.45 €	17.23 €	26.68 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques						
Sphère allant de - 4.00 à + 4.00	OP4	202A00.31	2290396	7.32 €	34.61 €	41.92 €
Sphère située en dehors de la zone allant de - 4.00 à + 4.00	OP4	202A00.32	2245384	10.82 €	31.10 €	41.92 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques						
Quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de - 8.00 à + 8.00	OP5	202A00.41	2227038	10.37 €	33.08 €	43.45 €
Quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère située en dehors de la zone allant de - 8.00 à + 8.00	OP6	202A00.42	2202239	24.54 €	32.62 €	57.17 €

■ < 18 ans

Jusqu'à 18 ans						
Nomenclature	Code liqui- dation	Code TIPS	Code LPP	Tarifs LPP	Complète- ment au TM/CMU	Prix de vente maximum
Monture	LUN	202A01	2210546	30.49 €		30.49 €
Verre simple foyer sphérique						
Sphère de - 6 à + 6	VER	202A00.11	2261874	12.04 €		12.04 €
Sphère de - 6.25 à - 10.00	VER	202A00.12	2243540	26.68 €		26.68 €
de + 6.25 à + 10.00			2243304			
Sphère située en dehors de la zone - 10.00 à + 10.00	VER	202A00.13	2273854	44.97 €		44.97 €
Verre simple foyer sphéro-cylindrique						
Cylindre < ou = à + 4.00 et de sphère allant de - 6.00 à + 6.00	VER	202A00.21	2200393	14.94 €		14.94 €
Cylindre < ou = à + 4.00 et de sphère située en dehors de la zone allant de - 6.00 à + 6.00	VER	202A00.22	2283953	36.28 €		36.28 €
Cylindre > à + 4.00 et de sphère allant de + 6.00 à - 6.00	VER	202A00.23	2238941	27.90 €		27.90 €
Cylindre > à + 4.00 et de sphère située en dehors de la zone allant de - 6.00 à + 6.00	VER	202A00.24	2245036	46.50 €		46.50 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques						
Sphère allant de - 4.00 à + 4.00	VER	202A00.31	2259245	39.18 €		39.18 €
Sphère située en dehors de la zone allant de - 4.00 à + 4.00	VER	202A00.32	2238792	43.30 €		43.30 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques						
Quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de - 8.00 à + 8.00	VER	202A00.41	2240671	43.60 €		43.60 €
Quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère située en dehors de la zone allant de - 8.00 à + 8.00	VER	202A00.42	2234239	66.62 €		66.62 €

Développement sur les restes à charge dans l'étude de la CPAM des Hauts-de-Seine

Les données sont retenues pour les prestations les plus courantes. En deçà d'un certain nombre d'actes et de bénéficiaires concernés, il n'est en effet pas possible d'atténuer des écarts parfois dus à des erreurs de liquidation. Ceci ne permet donc pas d'isoler des cas de très fortes corrections, par exemple, qui se présentent rarement mais qui posent de réels problèmes aux bénéficiaires. Ainsi, les corrections regroupées sous le code OP6 ne sont pas mentionnées. Les données sur les équipements hors forfait peuvent être normalement liées à des renouvellements en deçà d'un an depuis le dernier équipement. Dans les autres cas, un travail d'approfondissement est en cours, en interne à la CPAM.

Pour apprécier les données ci-dessous, il convient de distinguer les notions de correction et d'équipement. En effet, parmi les actes qui ne font pas l'objet de dépassements, même si les patients bénéficient d'une correction adaptée, ils peuvent subir un équipement peu compatible avec un usage quotidien (verres lourds, montures inadaptées...). De même, pour les actes avec dépassement, on peut émettre l'hypothèse que la personne a fait le choix d'un équipement adapté à ses besoins là où le panier de soins ne prenait en charge que la correction.

Récapitulatifs > 18 ans et <= 18 ans

Dans la grande majorité des cas, les équipements ne font pas l'objet d'un dépassement. Les dépassements sont plus fréquents pour les enfants, surtout pour les montures.

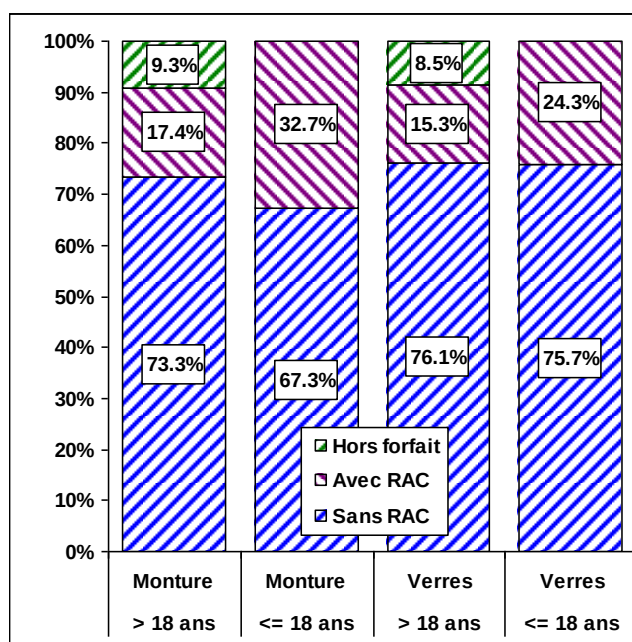
Nombres d'actes, monture, verres, pour les bénéficiaires > 18 ans

> 18 ans	Nombres Actes			
	Sans RAC	Avec RAC	Hors forfait	Total
Monture	2 850	677	362	3 889
Verres	6 025	1 214	676	7 915

Nombres d'actes pour les bénéficiaires <= 18 ans

<= 18 ans	Nombres Actes		
	Sans RAC	Avec RAC	Total
Monture	971	472	1 443
Verres	2 161	694	2 855

Répartition des prestations avec ou sans RAC, adultes et enfants, monture et verres



Détail > 18 ans

Les RAC moyens sont de 96,10 € pour les montures et de 54,45 € par verre, soit 108,90 € pour les deux verres.

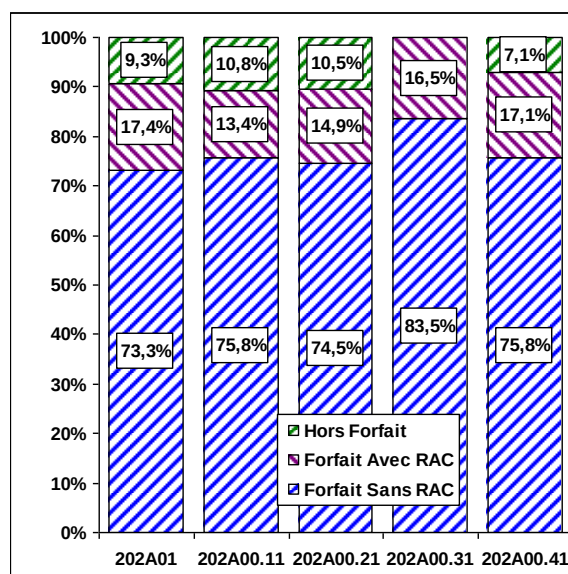
Prestations >18 ans, sans Rac

Prestation optique dans forfait CMU-C / >= 18 ans / Sans RAC	Code appareillage	Code TIPS	Nombre de patients	Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen
Monture , > ou = 18 ans	OPM	202A01	2 617	2 850	22.70 €	1.90 €	20.70 €	0.00 €
Verre blanc simple foyer, > ou = 18 ans, sphere de -6,00 a +6,00	OP1	202A00.11	791	1 382	16.00 €	1.50 €	14.30 €	0.00 €
Verre blanc simple foyer, >ou =18 ans,cylindre <ou= +4,00, sphere -6,00 a +6,00	OP2	202A00.21	1 155	2 299	18.80 €	2.40 €	16.30 €	0.00 €
Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphere de -4,00 a +4,00	OP4	202A00.31	457	699	41.70 €	4.80 €	36.70 €	0.00 €
Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphere de -8,00 a +8,00	OP5	202A00.41	923	1 645	43.30 €	6.90 €	36.30 €	0.00 €
Total verres			3 326	6 025	28.08 €			

Prestations >18 ans, avec Rac

Prestation optique dans forfait CMU-C / >= 18 ans / Avec RAC	Code appareillage	Code TIPS	Nombre de patients	Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen
Monture , > ou = 18 ans	OPM	202A01	625	677	118.80 €	1.90 €	20.90 €	96.10 €
Verre blanc simple foyer, > ou = 18 ans, sphere de -6,00 a +6,00	OP1	202A00.11	147	244	54.50 €	1.80 €	13.00 €	39.70 €
Verre blanc simple foyer, > ou = 18 ans, cylindre < ou = +4,00, sphere -6,00 a +6,00	OP2	202A00.21	239	461	57.70 €	2.70 €	15.10 €	39.90 €
Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphere de -4,00 a +4,00	OP4	202A00.31	88	138	120.50 €	5.40 €	35.00 €	80.10 €
Verre blanc multifocal ou progressif, > ou = 18 ans, sphere de -8,00 a +8,00	OP5	202A00.41	192	371	113.10 €	8.00 €	33.00 €	72.10 €
Total verres			666	1 214	81.26 €			54.45 €

Répartitions actes, > 18 ans, par code actes, sans Rac, avec Rac, hors forfait



■ Détail <= 18 ans

Les RAC moyens sont de 58,40 € pour les montures et de 32,20 € par verre, soit 34,40 € pour les deux verres. Les montants des dépassements sont moins élevés que pour les adultes.

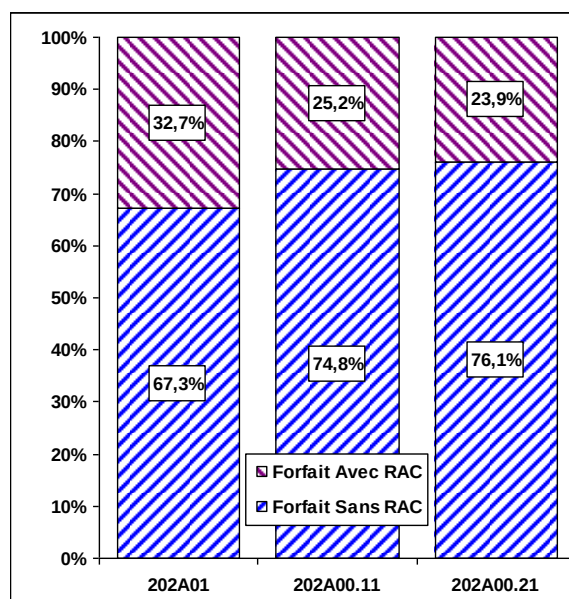
Prestations <=18 ans, sans Rac

Prestation optique dans forfait CMU-C / < 18 ans / Sans RAC	Code liquidation	Code TIPS	Nombre de patients	Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen
Verre blanc simple foyer, <18 ans, cylindre	LUN	202A01	927	971	30.10 €	19.40 €	10.40 €	0.00 €
Verre blanc simple foyer, < 18 ans, sphere de -6,00 a +6,00	VER	202A00.11	385	631	12.10 €	7.80 €	4.20 €	0.00 €
Verre blanc simple foyer, <18 ans, cylindre < ou = +4,00, sphere de -6,00 a +6,00	VER	202A00.21	795	1 530	15.30 €	9.70 €	5.20 €	0.00 €
Total verres			1 180	2 161	14.26 €			

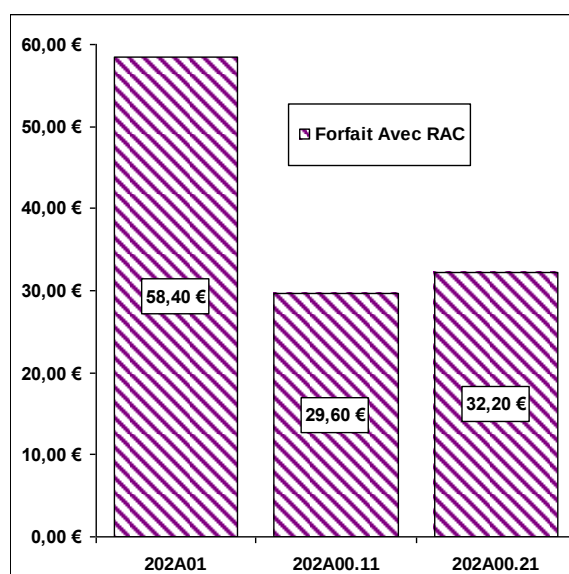
Prestations <=18 ans, avec Rac

Prestation optique dans forfait CMU-C / < 18 ans / Avec RAC	Code liquidation	Code TIPS	Nombre de patients	Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen
Verre blanc simple foyer, <18 ans, cylindre	LUN	202A01	437	472	88.70 €	19.80 €	10.50 €	58.40 €
Verre blanc simple foyer, < 18 ans, sphere de -6,00 a +6,00	VER	202A00.11	120	213	42.50 €	8.70 €	4.20 €	29.60 €
Verre blanc simple foyer, <18 ans, cylindre <ou= +4,00, sphere de -6,00 a +6,00	VER	202A00.21	249	481	48.00 €	10.60 €	5.20 €	32.20 €
Total verres			369	694	46.21 €			31.35 €

Répartitions actes, <= 18 ans, par code actes, sans Rac, avec Rac



Montants moyens des Rac, par codes actes, <= 18 ans, par code actes



ANNEXE 7 : SYNTHÈSE DU TESTING 2011 SUR LES REFUS DE SOINS EN MILIEU RURAL

IRDES

Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre

Rapport provisoire concernant le volet quantitatif

Responsable de projet : Caroline DESPRES,

Economiste et statisticien : Thomas RENAUD,

Géographes de la santé : Magali COLDEFY et Véronique LUCAS-GABRIELLI

Réalisation des appels et saisie : Raphaël DELY et Marion WIECHERT

Sommaire

1. Contexte et problématique.....	4
1.1. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire en milieu rural	5
1.2. Problématique.....	6
1.3. Objectifs de l'étude	6
Objectifs primaires	6
Objectifs secondaires.....	7
2. Méthodes	7
2.1. Le choix du département	7
2.2. Première étape : la réalisation du Testing	8
Le script et le scénario.....	9
Les professionnels testés	10
Les réponses : qu'appelons-nous le refus de soins ?	10
Les variables	11
Sélection de l'échantillon	11
2.3. Deuxième étape : non encore mise en œuvre	16
3. Résultats du testing.....	17
3.1. Description de l'échantillon	17
Professionnels de santé non-joints dans le <i>testing</i>	17
Par catégories de professionnels	18
Répartition géographique des professionnels de santé.....	20
Mode d'exercice des professionnels de santé.....	24
3.2. Les réponses obtenues aux demandes de rendez-vous	25
Appels effectués	25
Taux de refus en globalité	26
Taux de refus pour les bénéficiaires de la CMUc	27
Délais de rendez-vous	28
3.3. Modalités d'attribution de la consultation.....	30
3.4. Les causes de refus de consultation.....	31
Les arguments avancés par téléphone	31
Analyse par modélisation	33

3.5. Analyse des délais de rendez-vous	38
4. Discussion	42
4.1. Sur la méthode.....	42
4.2. Sur les résultats.....	43
Annexe 1 : Refus de soins et accessibilité aux soins dans l'espace rural : Sélection des départements ruraux	47
Annexe 3a : carte du département de la Nièvre (58).....	49
Annexe 3b : carte du département de l'Orne (61)	50

1. Contexte et problématique

Deux tests de discrimination (testing) ont été réalisés antérieurement à la demande du fonds CMU et ont permis de confirmer l'existence de refus de soins de la part de plusieurs profils de professionnels de santé à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Ils concernaient des milieux urbains. Quelques testing ont été mis en œuvre par des associations, notamment Médecins du monde dans des grandes villes de France.

Le premier testing réalisé dans le Val de Marne (2006) confirmait des refus dans six villes, choisies sur des critères démographiques (taille variable, d'environ 30 000 habitants pour L'Hay les Roses et près de 80 000 habitants pour Vitry sur Seine) et des taux de précarité différenciés. Les professionnels testés étaient des médecins (généralistes, pédiatres, psychiatres, ophtalmologues, gynécologues) et des dentistes.

Le second testing a été réalisé sur un échantillon représentatif de médecins, omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues et radiologues et de dentistes parisiens, en 2009.

Ces deux études mettent en avant des différences de comportement en fonction du profil des praticiens. Les médecins pratiquant des dépassements d'honoraires (secteur 2) ont plus de chance de refuser que leurs confrères en secteur 1.

Les médecins généralistes ont moins de chance de refuser que leurs confrères spécialistes dans l'étude dans le Val de Marne. Cependant, ce second résultat n'est pas confirmé dans l'étude parisienne qui ciblait un profil distinct de spécialistes. En effet, nous avons introduit les radiologues dans l'étude parisienne afin d'explorer les spécialités d'accès non direct. A Paris, les radiologues semblent avoir un comportement différent de leurs confrères spécialistes et les taux de refus sont faibles : 4,1 % en secteur 1 et 6,3 en secteur 2 (Despres et al., 2009). De ce fait, des différences significatives entre généralistes et spécialistes n'ont pas été confirmées à Paris, d'autant qu'à Paris, les médecins généralistes sont caractérisés par un taux de refus supérieur à nos attentes, ce que nous avons expliqué par le fait qu'un nombre non négligeable d'entre eux bénéficient d'une compétence spécifique, s'apparentant de ce fait plutôt à des spécialistes.

Les dentistes se comportent de manière similaire aux médecins en secteur 2 (hors radiologues), dans les deux études.

D'autres déterminants ont été mis en évidence :

- les praticiens ayant un dispositif de lecture de la carte vitale refusent moins fréquemment que ceux qui n'en ont pas, argument qu'ils avançaient d'ailleurs lors des échanges téléphoniques pour justifier leurs refus,
- l'environnement (en regroupant des quartiers) joue également un rôle ; les refus sont plus probables dans les quartiers plus aisés que dans les quartiers plus

populaires de la capitale, ce qui pourrait s'expliquer tant par un effet d'environnement que par une caractéristique des praticiens qui choisissent de s'y installer.

Nous n'avons pas observé de différences d'attitudes entre les hommes et les femmes.

1.1. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire en milieu rural

Aujourd'hui, les remontées du terrain (acteurs locaux notamment) laissent penser que les refus de soins sont rares en milieu rural. Cependant, le fonds CMU souhaitait confirmer ce fait.

La question qui se pose en termes de recherche est la suivante : *les bénéficiaires de la CMUc vivant en milieu rural rencontrent-ils des difficultés pour obtenir un rendez-vous auprès d'un praticien (médecin, dentiste, professionnel paramédical) en lien avec des refus ou des délais de rendez-vous longs ?*

Les problématiques se posent différemment quand il s'agit d'explorer cette question en milieu rural par rapport au milieu urbain. En effet, à Paris ou dans un département de la proche banlieue, les habitants disposent d'un panel de professionnels se trouvant à proximité. En milieu rural, l'offre peut se trouver à une distance conséquente selon les départements et le lieu de résidence au sein du département. Dans les communes de moins de 2000 habitants, les résidents ont à leur disposition des services de proximité constitués de médecins généralistes, chirurgiens-dentistes et infirmières, également des pharmacies. Mais toutes les communes n'offrent pas pour autant des services de proximité. Pour avoir accès aux spécialistes ou aux hôpitaux, les patients sont amenés à se déplacer vers une ville moyenne ou une grande ville.

Explorer l'accès aux soins des habitants des zones rurales amène à considérer l'offre aux alentours, incluant donc aussi des professionnels urbains. Des contraintes supplémentaires peuvent s'ajouter aux difficultés déjà rencontrées par les bénéficiaires de la CMUc notamment pour se déplacer, qu'ils partagent éventuellement avec d'autres groupes, comme les personnes âgées, ou avec tous les usagers du système de soins, tels que la longueur des délais de rendez-vous pour consulter certains spécialistes dans le cadre d'une raréfaction de l'offre dans les départements ruraux.

Nous proposons donc dans cette étude une analyse globale de l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMUc en milieu rural, comprenant un testing et une analyse qualitative.

1.2. Problématique

La notion de ruralité a évolué depuis ces dernières années. Elles ont été longtemps définies en opposition aux villes, tout en ayant toujours été dans une dialectique avec celles-ci. Jusque dans les années 1990, l'espace rural était défini selon des critères tenant à la taille des communes et à la continuité de l'habitat¹. Une commune rurale comporte moins de 2000 habitants.

Nous avons retenu pour cette étude les zones définies par l'INSEE. Une nouvelle définition a été proposée de manière à mieux tenir compte de la diversité des catégories d'espaces et mieux traduire les problématiques économiques. L'INSEE a construit de nouvelles classifications reposant sur la polarisation de l'espace et l'attraction des communes en termes d'emploi. Ainsi sont différenciés plusieurs types d'espaces, trois ruraux et trois urbains qui ne recoupent pas les distinctions en nombre d'habitants.

Il s'agit donc d'analyser l'offre sur un territoire incluant des zones qui ne sont pas considérées comme rurales, en tentant d'approcher les conduites et les déplacements des habitants du périmètre choisi. L'échelle du département nous a paru une bonne dimension pour des raisons statistiques (nombre de médecins suffisant pour faire des tests statistiques). Néanmoins, il est nécessaire de garder en tête que les habitants du département peuvent se déplacer hors du département. Parfois, la ville de département voisin peut être plus accessible que celle du département même, en termes de temps de trajet (éventuellement de délais de rendez-vous). En effet, les limites du département restent des limites virtuelles.

1.3. Objectifs de l'étude

Objectifs primaires

Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMUc

1) Réalisation d'un testing

Il s'agit d'explorer le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMUc vivant en milieu rural, ainsi que de comparer les délais de rendez-vous qui leur sont proposés à ceux des autres patients dans deux départements métropolitains.

Du fait de la procédure de double appel qui sera appliquée systématiquement, l'étude permettra de donner des éléments plus généraux sur l'accès aux soins dans le département (refus de soins pour d'autres raisons que la CMUc, délais de rendez-vous pour l'ensemble des habitants du département).

¹ Selon ces critères au recensement de 1999, le territoire français était composé de 30 611 communes rurales et l'espace rural représentait près de 82 % de l'ensemble. Il accueillait 24,5 % de la population. (Rapport sur le nouvel espace rural français, Sénat, annexe au procès verbal de la séance du 15 juillet 2008)

2) Analyse qualitative des difficultés d'accès des bénéficiaires de la CMUc dans un département rural, au-delà des questions de refus :

- en analysant l'offre de soins, sa répartition, les caractéristiques du département en interrogeant des acteurs de terrain, quelques médecins,
- en analysant des itinéraires de bénéficiaires de la CMUc lors d'entretiens de manière à repérer les difficultés qu'ils peuvent éventuellement rencontrer.

Objectifs secondaires

- Analyser de nouveaux déterminants du refus de soins : âge, lieu d'installation du professionnel (zonage en aire urbaine)
- Introduire de nouvelles catégories de professionnels, spécialistes d'accès direct (autres que radiologues) et des masseurs-kinésithérapeutes.

L'analyse globale confrontera les résultats du testing, les données départementales recueillies sur place, et les données recueillies auprès des différents acteurs politiques, institutionnels, des professionnels de santé et des bénéficiaires de la CMUc.

L'analyse mobilisera une approche pluridisciplinaire, statistiques, géographie de la santé, santé publique et sociologie.

2. Méthodes

2.1. Le choix du département

Le choix des deux départements était fondé sur les critères suivants :

- Le département devait comporter une proportion notable d'espace rural (de manière à pouvoir être qualifié de rural) avec des villes moyennes et éventuellement des problématiques spécifiques au milieu rural (éloignement de l'offre de soins, raréfaction, « désert médical »).
- Le département devait compter une proportion non négligeable de bénéficiaires de la CMUc pour que la question posée ait du sens et mérite qu'on s'y attarde.
- Il devait bénéficier d'une bonne caractérisation de l'offre (déjà disponible) du fait du temps assez court dont nous bénéficions pour mener l'enquête.
- Enfin, nous avons ajouté un facteur d'accessibilité pour réaliser les entretiens.

Nous avons ainsi sélectionné quatre départements selon ces critères (annexe 1). Il s'agissait de la Creuse, la Haute Marne, la Nièvre et l'Orne qui comportaient un territoire rural proche de 50 % voire plus, du rural isolé et des zones déficitaires. Ces quatre départements comportaient un pourcentage non négligeable de bénéficiaires de la CMUc (voir répartition en annexe 2).

L'organisation de l'espace s'avérerait différente pour les deux départements (un seul pôle ou plusieurs petits pôles) et nous avons choisi deux départements, chacun dans l'une des catégories, un seul pôle pour la Nièvre et plusieurs pôles pour l'Orne (voir Carte en annexe 3)

L'analyse tiendra compte des zones telles qu'elles sont définies par l'INSEE.

2.2. Première étape : la réalisation du Testing

Nous avons repris les principes méthodologiques construits d'après nos précédentes expériences :

Le testing dans le cadre d'une recherche de discrimination lors de la prise de rendez-vous chez un professionnel de santé est maintenant une méthode éprouvée. L'ensemble des critères à respecter pour la robustesse des résultats ont fait l'objet d'un article². Les plus importants seront rappelés ici.

La crédibilité : Le scénario doit correspondre à une réalité tangible, c'est-à-dire qu'il est crédible qu'un bénéficiaire de la CMU complémentaire appelle le praticien testé.

A priori, plusieurs profils de personnes vivant en milieu rural sont susceptibles de bénéficier de la CMUc. Ils sont moins nombreux en milieu rural, c'est pourquoi il était nécessaire de choisir des départements dont le nombre de bénéficiaires de la CMUc n'était pas trop faible. Ils semblent peu nombreux parmi les exploitants agricoles (voir annexe 2). Par contre, les ouvriers agricoles saisonniers seraient susceptibles d'être éligibles ainsi que les néo-ruraux (personnes qui travaillent en ville et habitent à distance, dans la campagne pour payer moins cher le loyer par exemple ou pour d'autres raisons).

Une procédure de double appel doit être réalisée afin que des refus non reliés à la CMU ne lui soient pas imputés abusivement. Cette question était cruciale en milieu rural car nous faisons l'hypothèse, dans le cadre d'une raréfaction de l'offre, de refus à l'encontre de tout nouveau patient (bénéficiaire ou pas de la CMU-C), du fait d'une surcharge de travail des médecins installés dans de telles zones.

L'appel doit faire l'objet **d'un script**, anticipant l'ensemble des questions possibles de manière à réaliser un protocole variant le moins possible d'un appel à l'autre.

Le scénario doit être homogène d'un appel à l'autre et **l'effet appelant devra être traité** comme variable car un effet léger a été observé sur le testing parisien. Nous avons analysé dans un article, les raisons pour lesquelles le médecin peut modifier son attitude lors de l'interaction avec un patient (La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée :

²Les conditions de réalisation d'un testing ont fait l'objet d'un article scientifique (Després C., Couralet P.-E., Situation testing : The case of Health Care Refusal. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol 59, issue 2, 2011/04, 77-89)

Despres C., Analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires de la CMUc. *Pratiques et Organisation des soins*, vol. 41, n° 1, 2010/01-03, 33-43)

Le script et le scénario

Le script de démarrage était le suivant : *Bonjour, je souhaiterais prendre rendez-vous avec le Dr X... Voilà, je voulais vous dire que j'ai la CMU.*

En dehors des formules de politesse variables, le secrétariat demandait fréquemment à l'appelant avec quel médecin il désirait un rendez-vous de consultation (secrétariat de groupe, sur place ou à distance) et la date souhaitée.

Certains secrétariats ignoraient la question relative à la CMU, l'appelant relançait en demandant : « *Il n'y a pas de problèmes avec la CMU ?* »

D'autres questions complémentaires ont été parfois posées concernant l'adresse (certains médecins ont deux lieux de consultation), la nature du problème de santé justifiant l'appel, l'existence d'un médecin traitant (surtout pour les spécialistes) voire d'un courrier (spécialistes) ou d'une ordonnance, pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Les différents praticiens ont été appelés dans le cadre de scénarios distincts selon leur spécialité :

- Pour le médecin généraliste, le patient fictif expliquait si c'était nécessaire qu'il venait de déménager dans le département et n'avait pas encore de médecin traitant ou qu'il était en vacances dans la région. Ce dernier a été choisi quand le praticien appelé était installé dans une petite commune, en partant de l'idée qu'un nouveau résident était une hypothèse plausible mais deux dans la même journée risquait de paraître suspect.
- Le patient est orienté par un généraliste quand il s'agit d'un spécialiste de deuxième intention comme le cardiologue. Nous avons toujours à portée de main, le nom d'un médecin généraliste du département au cas où son nom serait demandé ce qui est arrivé régulièrement.

Les scénarios tenaient compte de l'âge des appelants, deux étudiants, ne pouvant dissimuler la jeunesse de leur voix.

Les réponses étaient les suivantes compte tenu de l'âge des appelants :

Pour le médecin généraliste :

- *Mal au ventre/nausée depuis un petit moment*
- *Renouvellement de pilule/migraine*

Dentiste :

- *Dent cassée (depuis plusieurs mois)*
- *« je ne suis pas allé chez le dentiste depuis très longtemps »*

Cardiologue :

- *Souffle au cœur entendu par le médecin généraliste*
- *Problème d'hypertension artérielle pour l'autre*

Gastro-entérologue :

- *Problème aux intestins*

Gynécologue :

- *Visite de contrôle*

Ophtalmologue

- *Lunettes ne sont plus adaptées*
- *Visite de contrôle*

Psychiatre :

- *Mal-être et tristesse*

Les professionnels testés

Nous avons donc choisi d'introduire de nouvelles spécialités médicales à tester ainsi qu'une nouvelle catégorie de professionnels de proximité les masseurs kinésithérapeutes. Nous avons donc testé les catégories suivantes :

- praticiens de proximité : médecins généralistes et dentistes, kinésithérapeutes,
- médecins spécialistes d'accès direct: gynécologues, ophtalmologues, psychiatres
- médecins spécialistes dans le parcours de soins : cardiologues, gastro-entérologues

Les réponses : qu'appelons-nous le refus de soins ?

Le type de réponses recueillies est parfois équivoque dans un testing aussi est-il nécessaire de clarifier ce que nous avons considéré comme un refus. Conformément aux précédents tests de discrimination, nous avons retenu comme refus relié à la CMUc, des refus de rendez-vous ou des refus d'appliquer le tiers payant.

Contrairement aux fois précédentes où pour des économies de moyens nous n'avons pas systématiquement appelés une seconde fois quand le refus était annoncé comme en lien avec la CMU, nous avons réalisé systématiquement un double appel.

Nous avons également prévu de noter les restrictions quand un rendez-vous était accepté ce qui s'est avéré rare : certains dentistes acceptent de recevoir les bénéficiaires de la CMUc mais pas pour des prothèses, nous les avons considérés comme des refus, dans la mesure où il y a restriction des soins (donc discrimination par rapport à d'autres patients) et non application de la Loi.

Le caractère imputable à la CMU est la plupart du temps annoncé au téléphone. Cependant, dans quelques cas, un rendez-vous très éloigné peut être un moyen d'éviction de ce patient. Est aussi considéré comme refus imputable à la CMU tout refus pour lequel la demande de rendez-vous d'une personne n'ayant pas la CMU est positive. Le double appel a été réalisé dans la majorité des cas, le même jour pour éviter des écarts de réponse qui seraient liés à des évolutions de l'agenda du praticien. Il est cependant toujours possible qu'entre deux appels, une annulation ait eu lieu libérant un créneau, en faveur ou pas du bénéficiaire de la CMU selon l'ordre des appels.

Les variables

Les variables dont nous disposions étaient les suivantes :

Concernant le praticien : secteur 1 et 2 (dépassement d'honoraire)/ dentiste ou médecin (généraliste ou spécialiste) ou kinésithérapeute, âge, sexe, lieu d'exercice (ville) et zonage en aire urbaine, pratique en cabinet de groupe ou individuel, exercice mixte (c'est-à-dire activité salariée en plus de l'exercice libéral), niveau de dépassement quand il y a lieu.

Concernant l'appel (répondant et appelant) :

- Secrétariat ou professionnel en personne

Précisons que chacun des appelants a alterné le scénario CMU ou non CMU, de manière à ce que l'effet CMU ne se superpose pas à un éventuel effet appelant.

Sélection de l'échantillon

Identification de la population de référence des professionnels de santé

La base ADELI du Ministère de la Santé nous a permis de disposer de certaines informations essentielles (âge, sexe, spécialité, mode d'exercice, exercice seul ou en groupe...) pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant dans les territoires retenus pour l'étude, à savoir la Nièvre et l'Orne.

Cette base de données présente certaines différences avec les listes de professionnels de santé qui peuvent être extraites des données de l'Assurance Maladie (fichier Ameli utilisé les fois précédentes). En particulier, certains spécialistes médicaux (cardiologues et gastro-

entérologues surtout) exercent des activités libérales dans plusieurs cabinets implantés dans différents départements du territoire. En privilégiant la base ADELI, il a été décidé de ne pas inclure les cabinets de la Nièvre et de l'Orne qui ne constituent pas le premier département d'implantation de l'exercice libéral des spécialistes. Une analyse qualitative, reprenant certains éléments du protocole de *testing*, sera menée ultérieurement auprès de ces professionnels afin d'évaluer les éventuelles différences de comportements avec leurs confrères dont le lieu d'exercice principal est situé dans la Nièvre et l'Orne.

Par ailleurs, il avait initialement été envisagé de réaliser également l'enquête et le *testing* auprès des médecins spécialistes salariés (en hôpital, clinique ou dispensaire) afin de prendre en compte la spécificité du recours aux soins dans des zones où l'offre de spécialistes libéraux est peu importante. Toutefois, ce *testing* individualisé auprès de ces praticiens n'est pas réalisable d'un point de vue méthodologique, du fait d'une offre centralisée par établissement ou par service et non par praticien. Les appels ont été réalisés par structures de soins et feront donc l'objet d'une analyse qualitative.

Au total, d'après la base ADELI, la population d'ensemble des professionnels de santé à représenter était la suivante :

Tableau 1 – Répartition des professionnels de santé dans la Nièvre et l'Orne

Profession médicale	Département	
	Nièvre	Orne
MG	185	227
Spécialistes libéraux	49	45
Cardiologues	10	9
Gastro-entérologues	4	5
Gynécologues (médicaux et/ou obstétriciens)	12	8
Ophthalmologues	15	13
Psychiatres	8	8
Dentistes	102	86
Kinésithérapeutes	116	125

Un *testing* exhaustif auprès de ces 933 professionnels de santé n'était pas envisageable, compte-tenu des contraintes de temps et de budget de l'étude.

La sélection des professionnels de santé à enquêter s'appuyait sur une méthode d'échantillonnage aléatoire, le fichier ADELI 2010 faisant office de base de sondage. Une stratification de l'échantillonnage a été mise en œuvre selon deux critères principaux : le département d'exercice et la nature de la profession médicale. Pour les médecins libéraux, le secteur de conventionnement (1 ou 2) pourrait théoriquement être considéré comme critère de stratification supplémentaire. Toutefois, cette information n'était pas directement disponible

dans la base ADELI et ne peut donc être connue qu'imparfaitement *ex ante*, d'autre part, compte-tenu du faible nombre de médecins libéraux en secteur 2 dans ces deux départements, l'étude a été menée de manière exhaustive auprès de ceux-ci³.

Modalités de sondage

La taille et la structure optimales de l'échantillon à enquêter ont été déterminées par le niveau (prévisionnel) de refus de soins des patients CMUc par les professionnels de santé et par le niveau de précision souhaité dans la mesure échantillonnée. Une contrainte supplémentaire, liée aux déséquilibres d'effectifs entre les différentes professions médicales, a été prise en compte dans la constitution de l'échantillon.

La théorie des sondages permet, en effet, de calculer une taille optimale (« minimale ») d'échantillon à partir du niveau supposé d'un phénomène (ici le refus de soins aux patients CMUc) et de la précision souhaitée pour la mesure, c'est-à-dire de l'intervalle de confiance dans lequel on pourra situer l'estimation réalisée. Ce calcul intègre aussi un « niveau de confiance », traditionnellement fixé à 95%. Dans le cadre de notre échantillonnage stratifié, ce calcul devait être réalisé séparément pour chacune des strates. Bien que théorique, ce calcul prend également en compte les contraintes empiriques du sondage et de l'enquête comme la taille des populations de référence à représenter et les éventuelles déperditions dues aux données erronées dans la base ADELI et aux professionnels injoignables. La méthode du calcul est détaillée dans l'Encadré 1.

La principale difficulté méthodologique consistait à fixer une valeur prévisionnelle des taux de refus des patients CMUc pour les différentes professions médicales. Aucune donnée de référence réellement comparable n'étant disponible, ces valeurs prévisionnelles ne pouvaient ne se référer qu'aux résultats de la littérature et notamment de l'étude précédente menée sur Paris pour les dentistes et les médecins libéraux (Despres et al., 2009). Toutefois, la spécificité de l'offre médicale des territoires ruraux par rapport à la situation parisienne nous a conduits à penser que le refus imputable à la CMUc serait bien moindre dans le cas présent, en particulier chez les généralistes. Pour les kinésithérapeutes, en l'absence de référence et d'étude antérieure, nous avons anticipé un taux de refus faible et comparable à celui des généralistes. Les niveaux de précision retenus pour calculer les tailles d'échantillon optimales sont directement liés aux taux de refus anticipés, afin de pouvoir exprimer des phénomènes significatifs. Par exemple, si on anticipe un taux de refus des patients CMUc de 5%, le niveau de précision requis doit être inférieur à 5% pour la valeur mesurée dans l'échantillon puisse être considérée comme significativement différent de 0.

Se reporter au Tableau 2 pour connaître les taux de refus pris comme hypothèses dans l'échantillonnage.

³ Les très rares cas de spécialistes libéraux qui ont pu être identifiés comme « non conventionnés » ont été écartés de la population de référence et des médecins à enquêter.

Les échantillons ont été ainsi sélectionnés par échantillonnage aléatoire simple dans chacune des strates. Cependant, il a été décidé d'effectuer le *testing* de manière exhaustive pour les médecins spécialistes (libéraux et salariés) ainsi que pour les médecins généralistes de secteur 2, compte-tenu de la faiblesse des effectifs.

Encadré 1 - Calcul de la taille d'échantillon

Notations

j représente une catégorie d'intérêt à échantillonner, c'est-à-dire une strate.

p_j représente la prévalence supposée d'un phénomène, ici le niveau de refus des patients CMU attendu dans la strate j . Cette valeur est habituellement fixée en fonction d'une estimation provenant de la littérature ou d'une étude antérieure.

Z représente la valeur de test associée au niveau de confiance choisie. Pour un niveau de confiance usuel de 95%, la valeur de Z pour une loi Normale est de 1,96.

e représente le niveau souhaité, plus précisément la demi-amplitude de l'intervalle de confiance de l'estimation.

N_j est la taille de la strate j dans la population de référence.

n_j est la taille de la strate j sur laquelle sera effectuée la mesure dans l'enquête.

Calcul

En adoptant les notations précédentes, une formule simplifiée et usuelle, basée sur l'approximation de Moivre-Laplace, permet de calculer une taille d'échantillon optimale à niveau de prévalence (p_j) et de précision (e) donnés pour la strate j :

$$n_j = Z^2 * p_j * (1-p_j) / e^2$$

Toutefois, ce calcul doit être pondéré lorsque l'échantillonnage porte sur des populations de référence finies et même, dans le cas présent, de petite taille. Un correctif est appliqué, qui permet de tenir compte de la taille de la strate (N_j).

D'autre part, cette formule étant théorique, elle ne tient pas compte de l'éventuelle déperdition entre population échantillonnée et population réellement enquêtée, imputable aux données erronées dans la base de sondage (médecins n'exerçant plus ou ayant déménagé) et aux professionnels injoignables (vacances, autres motifs...). Pour l'hypothèse de calcul, les taux de données erronées dans la base ADELI et de professionnels injoignables ont été fixés arbitrairement à 10%.

Au total, l'échantillon à sélectionner dans la strate j devrait être de taille n'_j :

$$n'_j = n_j / (1 + (n_j + 1) / N_j) * 1.10 * 1.10$$

Tableau 2– Sélection de l'échantillon du testing CMU Nièvre et Orne

Département	Profession médicale	Secteur	Méthode de sélection	Population de référence	Taux de refus imputable brut à Paris (étude 2009)	Taux supposé de refus de la CMU	Niveau de précision souhaité ¹	Echantillon théorique	Taux de sondage théorique	Echantillon réellement joint	Taux de sondage réel
Nièvre	MG	secteur 1	Echantillonnage	178	9%	3%	2,5%	110	0,62	83	0,47
		secteur 2	Exhaustif ²	7	33%	-	-	7	1,00	5	0,71
	Spécialistes libéraux	secteur 1	Exhaustif ²	40	9% à 17% selon spécialité	-	-	40	1,00	36	0,90
		secteur 2	Exhaustif ²	9	30% à 40% selon spécialité	-	-	9	1,00	8	0,89
	Dentistes		Echantillonnage	102	32%	30%	10%	55	0,54	44	0,43
	Kinésithérapeutes		Echantillonnage	116	-	4%	3,5%	73	0,63	47	0,41
Orne	MG	secteur 1	Echantillonnage	224	9%	3%	2,5%	122	0,54	104	0,46
		secteur 2	Exhaustif	3	33%	-	-	3	1,00	2	0,67
	Spécialistes libéraux	secteur 1	Exhaustif ²	39	9% à 17% selon spécialité	-	-	39	1,00	27	0,69
		secteur 2	Exhaustif ²	4	30% à 40% selon spécialité	-	-	4	1,00	2	0,50
	Dentistes		Echantillonnage	86	32%	30%	10%	51	0,59	41	0,48
	Kinésithérapeutes		Echantillonnage	125	-	4%	3,5%	75	0,60	44	0,35
Ensemble				933	-	-	-	588	0,63	443	0,47

Source : ADELI 2010 Despres et al., 2009

¹ Niveau de confiance fixé à 95%

² Pour ces catégories, il a été décidé d'enquêter l'intégralité des professionnels sélectionnés dans la base ADELI compte-tenu de leur très faible nombre.

2.3. Deuxième étape : non encore mise en œuvre

Entretiens auprès des personnes ressources au sein d'un département (ARS, élus locaux, Conseil général, URML)

Il s'agit de saisir **les difficultés d'accès aux soins** sur le département ce qui permettra de mettre en regard les éventuels obstacles rencontrés par l'ensemble des habitants du département et ceux des bénéficiaires de la CMUc dont témoigneront les résultats du testing (refus de donner un rendez-vous et délais de rendez-vous importants).

Ces rencontres permettront également de comprendre les **dynamiques de déplacement des populations**, les habitants d'un village pouvant préférer franchir les frontières du département si une ville plus proche et mieux équipée se trouve dans le département voisin. En fonction de ces résultats, nous pourrions être amenés à étendre le testing à quelques villes voisines, si cela s'avérait nécessaire. Cela permet également d'intégrer une perspective qui ne se contente pas de tester des professionnels sur un territoire mais bien de tester l'offre qui se présente aux habitants de ce territoire. Cependant, nous avons choisi de ne mettre en œuvre cette étape que dans un second temps car il s'agissait de ne pas dévoiler le testing avant qu'il n'ait eu lieu. Les résultats pourront donc éventuellement être complétés si cela s'avérait nécessaire, après cette analyse.

Réalisation d'entretiens avec des bénéficiaires de la CMUc

Nous proposons pour compléter l'analyse des problèmes d'accessibilité des bénéficiaires de la CMUc de rencontrer quelques-uns d'entre eux pour qu'ils puissent témoigner des difficultés dont le testing ne peut rendre compte.

Une vingtaine de bénéficiaires de la CMUc seront rencontrés dans le cadre d'entretiens qualitatifs semi-directifs sur leurs parcours de soins.

Cette double approche permet également de confronter deux types de recueil de données, celles qui sont issues d'un scénario basé sur un bénéficiaire fictif et la réalité rencontrée par les bénéficiaires authentiques. Sur ce dernier point par exemple, on peut évoquer la question des moyens de locomotion pour des personnes en situation de précarité économique (comment faire sans voiture ?). En cas de refus, la possibilité de se déplacer pour rencontrer un praticien qui accepte peut être problématique, obligeant à parcourir une plus grande distance, ce qui pourrait éventuellement conduire à un renoncement aux soins.

Réalisation de quelques entretiens avec des médecins généralistes

Il s'agit de recueillir leur point de vue et leur expérience en lien avec d'éventuelles difficultés d'orientation de patients bénéficiaires de la CMUc auprès de spécialistes notamment. Comment font-ils pour gérer d'éventuelles difficultés ? Quelle est la place des réseaux, de l'interconnaissance dans cette gestion ? (les patients CMU venant d'un confrère connu seraient mieux acceptés que ceux orientés par quelqu'un qu'ils ne connaissent pas).

3. Résultats du testing

3.1. Description de l'échantillon

Sauf mention contraire, la description de l'échantillon porte sur les données brutes recueillies.

Professionnels de santé non-joints dans le testing

Un total théorique de **588 professionnels de santé à enquêter** a été sélectionné dans l'échantillon. Cependant, 145 d'entre eux n'ont pas été inclus dans le protocole de *testing* et pour diverses raisons, parmi lesquels il faut distinguer les professionnels :

- Qui n'exercent plus d'activité libérale dans le département (N=48), ce qui signale un défaut d'actualisation des informations du fichier ADELI. Il peut s'agir de départs en retraite, de départs vers d'autres départements ou du choix d'une activité exclusivement salariée.
- Qui sont en période de congés, qu'ils soient ou non remplacés (N=12).
- Qui sont injoignables par téléphone pour des raisons inconnues (N=85).

Dans cette dernière catégorie, nous avons pu noter que certains partent en vacances sans laisser de messages sur leur répondeur. Il est très probable qu'un certain nombre éprouvent des difficultés à trouver un remplaçant.

Au total, cela représente 25% de l'échantillon, ce qui excède les hypothèses quantitatives sur lesquelles nous avons fondé le calcul de taille d'échantillon (10% de données erronées dans ADELI et 10% supplémentaires de professionnels injoignables). Le nombre important de professionnels, et notamment de kinésithérapeutes, qui sont demeurés injoignables par téléphone en dépit de tentatives réitérées interpelle particulièrement. Cela peut être le fait de kinésithérapeutes qui n'exercent une activité libérale qu'à temps très partiel. Le fait que nombre de généralistes n'exercent plus (18 dans la Nièvre et 9 dans l'Orne) est en partie due à l'instabilité plus grande de cette spécialité, et peut s'expliquer par des déménagements ou des changements d'activité de la part de ces généralistes.

**Tableau 3 – Détail des professionnels de santé non joints
par téléphone dans le protocole d'enquête**

		N'exercent plus (d'activité libérale dans le département)	En congés et/ou remplacés	Motif inconnu	Ensemble
Nièvre	MG	18	3	8	29
	Spécialistes libéraux	1	0	4	5
	Dentistes	6	1	4	11
	Kinésithérapeutes	0	0	26	26
	Ensemble Nièvre	25	4	42	71
Orne	MG	9	4	6	19
	Spécialistes libéraux	5	0	9	14
	Dentistes	9	1	0	10
	Kinésithérapeutes	0	3	28	31
	Ensemble Orne	23	8	43	74
Ensemble		48	12	85	145

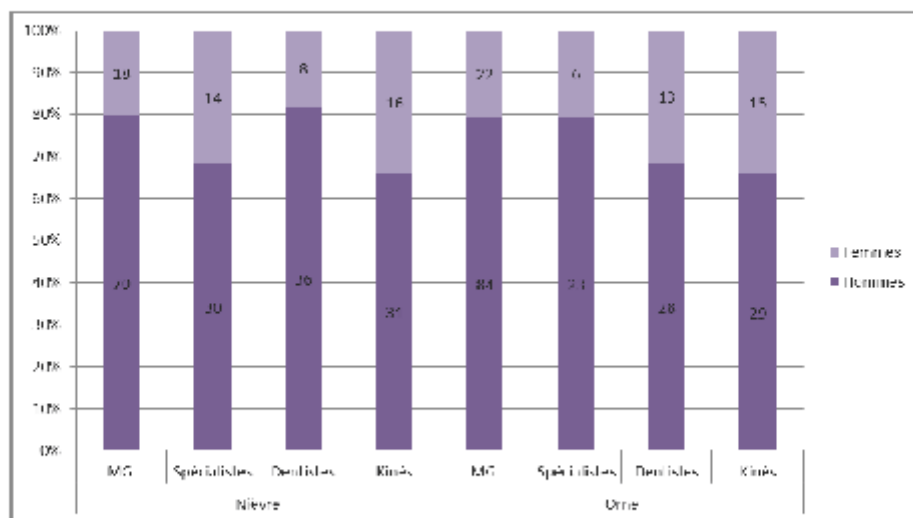
Le protocole de testing a donc été conduit auprès de 443 médecins, dentistes et kinésithérapeutes qui ont répondu au moins une fois lors des appels.

Par catégories de professionnels

L'âge moyen des professionnels contactés est de 51 ans, ce qui recouvre une faible différence entre les deux départements de l'étude : 50,5 ans dans la Nièvre et 51,8 dans l'Orne. On constate certaines disparités d'âge classiques selon le niveau d'études et de spécialité médicale entre professionnels : l'âge moyen des généralistes et des dentistes est environ de 52 ans, contre 55,4 ans pour les spécialistes libéraux et seulement 45,5 ans pour les kinésithérapeutes.

La répartition par sexe des professionnels de santé est fournie dans le graphique ci-dessous (Figure 1). Schématiquement, les dentistes et médecins (généralistes et spécialistes) se caractérisent par un taux de féminisation de 20 à 25%. La profession de kinésithérapeute semble légèrement plus féminisée dans ces deux départements avec un tiers de femmes parmi les professionnels de l'échantillon dans les deux départements.

Figure 1 – Répartition par sexe des professionnels de santé enquêtés



La répartition des professionnels contactés selon la nature de leur profession médicale est fournie dans le Tableau 2 page 15 (avant dernière colonne « Echantillon réellement joint »).

Les spécialistes libéraux ayant fait l'objet de l'enquête se répartissent comme suit :

Tableau 4 – Répartition des médecins spécialistes selon leur spécialité et leur secteur de conventionnement

Spécialité	Secteur de conventionnement	Nièvre	Orne
Cardiologue	Secteur 1	8	6
	Secteur 2	1	-
Gastro-entérologue	Secteur 1	4	5
	Secteur 2	-	-
Gynécologue	Secteur 1	8	5
	Secteur 2	2	1
Ophtalmologue	Secteur 1	10	8
	Secteur 2	4	1
Psychiatre	Secteur 1	6	3
	Secteur 2	1	-

Il est à noter que les rares médecins non conventionnés ont été identifiés *ex ante* et ont été exclus dès la constitution de l'échantillon.

Répartition géographique des professionnels de santé

L'offre de soins médicale disponible dans ces deux départements ruraux se répartit entre l'espace rural et les communes urbaines de plus ou moins grande taille. Le Tableau 5 propose une vision synthétique de la répartition des professionnels de santé enquêtés sur ces deux territoires en fonction de la taille de la commune dans laquelle est implanté leur cabinet libéral. La typologie TUU (Taille d'Unité Urbaine) est mobilisée pour cela⁴.

On constate que l'offre en médecine générale constitue bien une offre de proximité puisque près de la moitié des médecins généralistes (MG) enquêtés sont installés dans une commune rurale ou bien dans une commune de moins de 5 000 habitants (45% dans la Nièvre et 53% dans l'Orne). A un degré moindre, l'offre en kinésithérapie et en soins dentaires est également disponible dans ces communes rurales ou urbaines de moins de 5 000 habitants : environ 30% des professionnels enquêtés relevant de ces catégories exercent dans de telles communes. Concernant les spécialistes libéraux, ils sont surtout concentrés dans les plus grandes villes des deux départements. Dans la Nièvre, 53% d'entre eux exercent leur activité dans la seule commune de plus de 50 000 habitants, Nevers. Dans l'Orne, trois-quarts d'entre eux exercent dans l'une des deux plus grandes unités urbaines à savoir Alençon et Flers (dans la tranche de 20 000 à 50 000 habitants). Cette différence entre les deux départements était attendue puisque nous avons choisi ces deux départements en raison notamment de cette configuration différenciée (un seul pôle pour la Nièvre et plusieurs pour l'Orne).

⁴ Le classement selon la Taille d'Unité Urbaine est proposé par l'Insee afin de répartir les communes françaises selon leur nombre d'habitants en fonction des données de recensement démographique les plus récentes.

Tableau 5 – Répartition des professionnels de santé selon la Taille d'Unité Urbaine de leur commune d'exercice

	commune rurale	urbain de moins de 5.000 hab.	urbain 5.000 à 9.999 hab.	urbain 10.000 à 19.999 hab.	urbain 20.000 à 49.999 hab.	urbain 50.000 à 99.999 hab.	Total
Nièvre	MG	31 35%	9 10%	21 24%	7 8%	20 23%	88
	Spécialistes	2 5%	2 5%	6 14%	9 20%	25 57%	44
	Dentistes	8 18%	5 11%	10 23%	4 9%	17 39%	44
	Kinés	11 23%	3 6%	9 19%	4 9%	20 43%	47
	Ensemble Nièvre	52	19	46	24	0	223
	MG	39 37%	17 16%	7 7%	16 15%	27 25%	106
	Spécialistes	0 0%	1 3%	1 3%	6 21%	21 72%	29
Orne	Dentistes	4 10%	9 22%	5 12%	6 15%	17 41%	41
	Kinés	4 9%	10 23%	5 11%	10 23%	15 34%	44
	Ensemble Orne	47	37	18	38	80	220

Grâce à la connaissance du code commune d'exercice des praticiens, nous pouvons également dresser une cartographie précise des médecins sélectionnés dans le *testing* dans les deux départements. Voir la Figure 3 et la Figure 4 pour visualiser la répartition des professionnels médicaux et la proportion de généralistes sur le territoire de ces deux départements.

Figure 2 – Répartition cartographique du nombre de professionnels enquêtés dans le testing dans la Nièvre et l'Orne

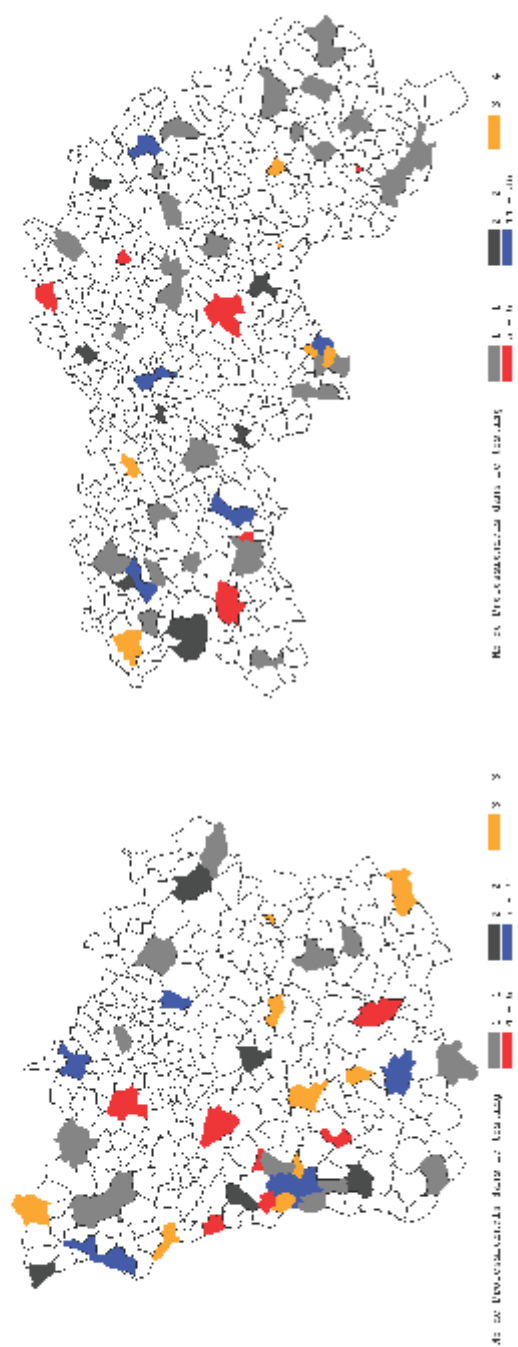
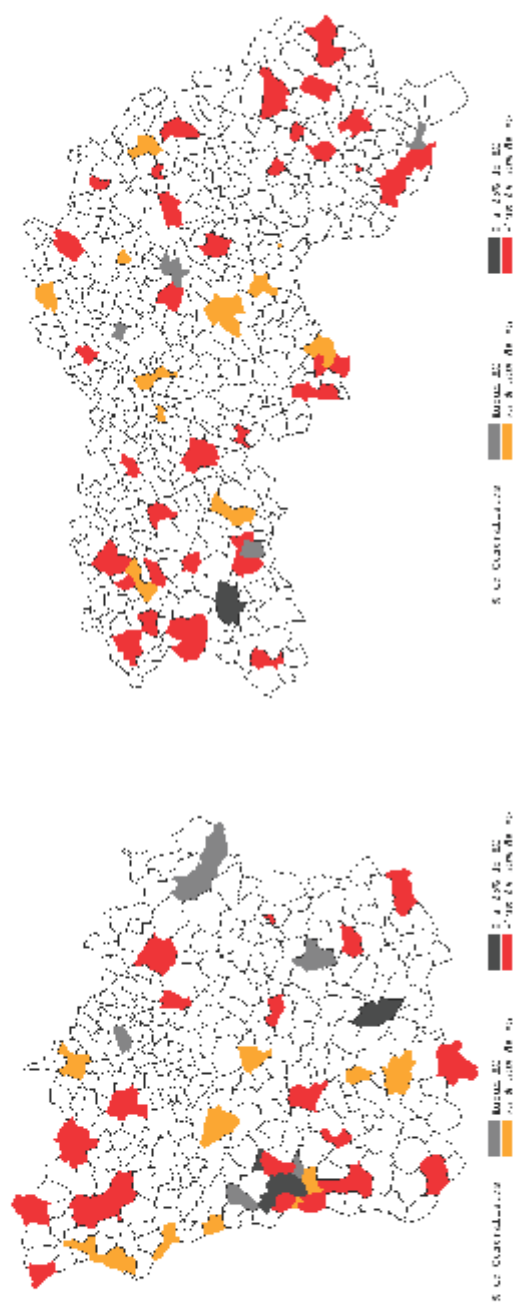


Figure 3 – Répartition cartographique de la proportion de médecins généralistes parmi les professionnels du testing



Mode d'exercice des professionnels de santé

En moyenne, un professionnel sur deux exerce dans un cabinet de groupe (cf. Tableau 6) : cela ne signifie toutefois pas que les autres membres du cabinet de groupe exercent la même profession médicale ou qu'ils ont également été inclus dans l'échantillon dans le cadre du tirage au sort. Par ailleurs, près d'un médecin spécialiste sur 2 enquêté exerce une activité salariée en plus de sa pratique libérale. On constate que de ces deux points de vue, l'organisation des soins médicaux offerts est totalement similaire dans la Nièvre et dans l'Orne : les proportions de professionnels exerçant en groupe ou ayant une activité salariée sont quasiment identiques.

Tableau 6 – Proportions de professionnels exerçant dans un cabinet de groupe et ayant une activité salariée en plus de leur pratique libérale

		Exerce en cabinet de groupe	Exerce une activité salariée (en plus de l'activité libérale)
Nièvre	MG	43 49%	12 14%
	Spécialistes	20 45%	19 43%
	Dentistes	24 55%	1 2%
	Kinés	23 49%	2 4%
	Ensemble Nièvre	110 49%	34 15%
Orne	MG	52 49%	15 14%
	Spécialistes	16 55%	13 45%
	Dentistes	16 39%	0 0%
	Kinés	26 59%	6 14%
	Ensemble Orne	110 50%	34 15%

3.2. Les réponses obtenues aux demandes de rendez-vous

Le nombre total de professionnels enquêtés étant de 443, le nombre d'appels passés devrait théoriquement être de 886 en raison du double protocole de recueil mis en place pour comparer les scénarios CMUc et non-CMUc. Toutefois, seuls *871 appels ont été menés à bien*.

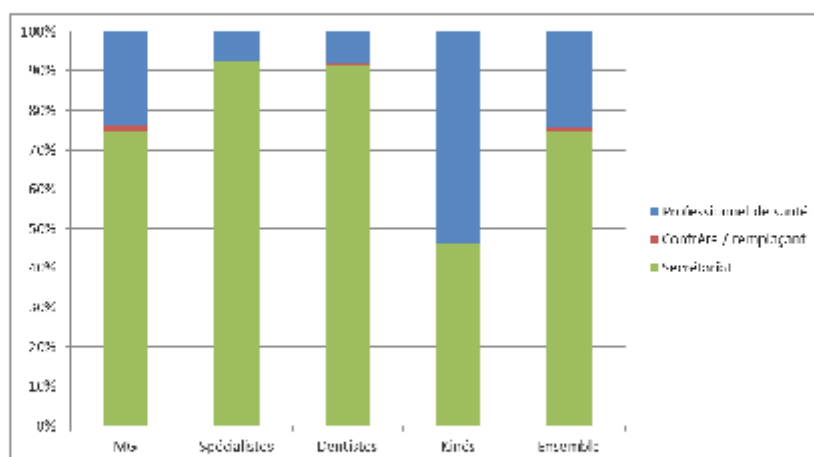
La principale raison qui a conduit à ne pas mener à terme le protocole est qu'une partie des praticiens (médecins généralistes et spécialistes) gèrent leur activité à travers un important secrétariat médical. Il a fallu laisser passer un moment entre les appels pour que la voix des appelants ne soit pas reconnue et même ainsi, nous courrions ce risque. Nous avons donc décidé en cours de protocole, de concentrer les appels sur le scénario CMUc afin d'éviter que le principe de *testing* ne soit découvert. Ainsi, en cas d'acceptation de la consultation, nous faisons l'hypothèse que le « patient standard » obtiendrait également un rendez-vous. Ainsi, pour les 15 appels qui n'ont pas été menés dans le scénario « patient standard », la réponse a été considérée comme une acceptation, en nous fondant sur ce qui a été constaté par ailleurs: l'analyse des acceptations/refus de rendez-vous portera donc bien sur un total de 886 réponses.

Contrairement à la section précédente, l'analyse prendra ici également en compte les poids de sondage de l'échantillonnage, notamment dans la mesure des taux de refus globaux et imputables à la CMUc.

Appels effectués

L'analyse ne porte ici que sur les 871 appels aboutis. Les réponses aux appels, et donc l'attribution ou le refus de rendez-vous, sont essentiellement assurées par un secrétariat médical. Dans plus de 90% des appels à destination des spécialistes et des dentistes, c'est le secrétariat qui répond. Cette proportion n'est que de 75% pour les médecins généralistes. Quant aux kinésithérapeutes, dans plus d'un appel sur deux lors du *testing*, c'est le praticien lui-même qui répond.

Figure 4 – Identité du répondant lors des appels du testing



Taux de refus en globalité

Tous scénarios confondus (« patient CMUc » et « patient standard »), environ 11,5% des demandes de consultation effectuées ne peuvent pas donner suite à une prise de rendez-vous ou une acceptation de soins (cf. Tableau 7). Ce taux brut varie fortement selon la nature de la profession médicale et le département concerné : il est nul ou très faible chez les kinésithérapeutes, marginal chez les spécialistes dans la Nièvre (seulement 2 cas de refus) alors qu'il est plus significatif dans l'Orne (8 cas de refus). On relève des taux bruts entre 11 et 14% chez les généralistes et autour de 24% chez les dentistes.

Tableau 7 – Bilan (brut) des refus de consultations

		Nb total d'appels	Nb total de refus de consultation	% de refus de consultation
Nièvre	MG	176	24	13.6%
	Spécialistes	88	2	2.3%
	Dentistes	88	20	22.7%
	Kinés	94	4	4.3%
	Ensemble Nièvre	446	50	11.2%
Orne	MG	212	23	10.8%
	Spécialistes	58	8	13.8%
	Dentistes	82	20	24.4%
	Kinés	88	0	0.0%
	Ensemble Orne	440	51	11.6%

Toutefois, ces chiffres constituent des pourcentages bruts, calculés sur l'ensemble des appels aboutis, et doivent être affinés à plusieurs titres. En l'état, ils ne prennent en compte ni les différentiels éventuels entre scénario CMUc et non CMUc, ni les situations moins tranchées parmi lesquelles peuvent se trouver des « refus de soins déguisés », des acceptations de soins « sous condition », etc.

Taux de refus pour les bénéficiaires de la CMUc

Le Tableau 8 présente les taux pondérés (par le poids de sondage réel, cf. dernière colonne du Tableau 2) de « refus » de consultation, par profession médicale et selon le scénario utilisé lors de l'appel. Ainsi, on mesure le nombre et le taux de refus dans les deux scénarios du protocole. Enfin, une analyse différentielle des refus constatés entre le scénario CMUc et le scénario « patient standard » permet de mesurer un taux de refus imputable à la CMUc (dernière colonne du Tableau 8) : il s'agit d'une estimation de la proportion de patients auxquels on a refusé une consultation en raison de leur statut de bénéficiaire de la CMUc. Il s'agit donc d'un taux de discrimination.

Tableau 8 – Taux de refus de consultations selon le scénario utilisé lors de l'appel

		Refus dans le scénario CMUc			Refus dans le scénario standard (non CMUc)			Taux de refus imputable à la CMUc
		Nb appels ^(*)	Nb refus	%	Nb appels ^(*)	Nb refus	%	
Nièvre	MG	88	16	18.2%	88	8	9.1%	9.1%
	Spécialistes	44	1	2.3%	44	1	2.3%	0.0%
	Dentistes	44	13	29.5%	44	7	15.9%	13.6%
	Kinés	47	2	4.3%	47	2	4.3%	0.0%
	Ensemble Nièvre	223	32	14.3%	223	18	8.1%	6.3%
Orne	MG	106	12	11.3%	106	11	10.4%	0.9%
	Spécialistes	29	4	13.8%	29	4	13.8%	0.0%
	Dentistes	41	11	26.8%	41	9	22.0%	4.9%
	Kinés	44	0	0.0%	44	0	0.0%	0.0%
	Ensemble Orne	220	27	12.3%	220	24	10.9%	1.4%
Ensemble Nièvre + Orne		443	59	13.3%	443	42	9.5%	3.8%

^(*) Ici les 15 appels qui n'ont pas été effectués dans le scénario « patient standard » sont considérés par défaut comme n'ayant pas engendré de refus de consultation (puisque les appels en scénario CMUc menés chez les mêmes médecins ont démontré que ces derniers acceptaient de recevoir en consultation...)

Rappelons, en préambule, que ces taux de refus doivent être considérés avec précaution, compte-tenu des faibles effectifs enquêtés.

Le nombre brut d'appels suivis d'un refus est de 101 (59 dans la Nièvre et 42 dans l'Orne), soit 11,4% des appels.

Affiner ainsi l'analyse permet de différencier nettement les comportements des professionnels de soins entre les deux départements. En effet, aucun phénomène de refus de soins spécifique envers les patients à la CMUc ne peut être mis en évidence dans l'Orne : les taux de refus imputables à la CMUc ne peuvent pas être considérés comme significatifs d'un point de vue statistique pour aucune des professions médicales enquêtées.

Dans la Nièvre, le fait de prendre un rendez-vous en précisant son statut de CMUc ne génère aucun refus de soins supplémentaire chez les médecins spécialistes et les kinésithérapeutes. Seuls les médecins généralistes (9,1%) et les dentistes (13,6%) refusent significativement plus les patients à la CMUc que les autres.

Parallèlement, cette analyse met en évidence la fréquence assez élevée à laquelle les praticiens « refusent » la consultation pour la population générale. En effet, les taux de refus non imputables à la CMUc sont importants, chez les dentistes (16% et 22%) et les généralistes : dans 10% des cas, il n'est pas possible de consulter le généraliste sollicité. Cette constatation traduit sans doute en partie un engorgement de l'offre de soins, primaires notamment, dans ces zones rurales sous-dotées en médecins libéraux. En effet, parmi les motifs de « refus » cités, les secrétaires médicaux font souvent état, lors de l'échange téléphonique, du fait que le médecin ne prend pas de nouveau patient en raison d'une surcharge de travail. Enfin, en utilisant le scénario du « patient standard » lors de l'appel chez les médecins spécialistes, les taux de refus se différencient très fortement entre la Nièvre (3%) et l'Orne (14%).

Ces premiers résultats appelleraient une analyse plus fine des différences observées entre les deux départements, d'autant que le département où les praticiens semblent le plus débordés (l'Orne) n'est pas celui où les discriminations à l'égard des bénéficiaires de la CMUc sont les plus importantes.

Délais de rendez-vous

Une hypothèse usuelle sur le défaut de soins envers les patients à la CMUc consiste à supposer diverses formes de « refus déguisés », parmi lesquelles la possibilité d'imposer des délais de rendez-vous plus longs à ces patients. Une analyse descriptive est menée sur les délais d'obtention des rendez-vous dans le cadre du protocole d'enquête (cf. Tableau 9).

Cette analyse porte sur les appels effectivement menés à bien et pour lesquelles il y a eu attribution d'un rendez-vous de la part du professionnel de santé. La précision de la mesure est basée sur la journée calendaire, c'est-à-dire sans tenir compte des heures d'appel et d'attribution du rendez-vous.

La durée calculée et analysée ici comptabilise le nombre de jours ouvrés⁵ écoulés entre la date du coup de fil et la date du rendez-vous obtenu, en considérant les samedis, dimanches et jours fériés comme des jours non ouvrés.

Par ailleurs, cette analyse masque une réalité liée aux soins primaires qui veut que de nombreux généralistes assurent leurs consultations médicales sans rendez-vous, en particulier dans des zones rurales comme la Nièvre et l'Orne. Dans ce cas, le délai attribué est de 0 jour ou de 1 jour selon les précisions données par le cabinet médical lors de l'appel (« Venez aujourd'hui » ou bien « Venez demain »).

Tableau 9 – Délais avant l'obtention du rendez-vous en nombre de jours ouvrés

			N Obs	Moyenne	Ecart- type	Médiane	90e centile	IC95%	
Nièvre	MG	Scénario CMUc	70	3.1	3.6	1	9	1.8	4.3
		Scénario standard		3.3	3.6	1	9	2.1	4.6
	Spécialistes	Scénario CMUc	41	44.5	48.1	29	112	28.5	60.5
		Scénario standard		50.1	60.9	29	112	29.8	70.3
	Dentistes	Scénario CMUc	30	24.7	14.4	15	55	16.5	32.9
		Scénario standard		19.9	12	14.5	48.5	13	26.7
	Kinés	Scénario CMUc	45	3.5	1.6	4	6	2.8	4.2
		Scénario standard		3.9	1.6	4	6	3.1	4.7
	Ensemble Nièvre		186	20.8	27.2	5	57	15.5	26.2
				22.4	32.9	6	57	16	28.8
Orne	MG	Scénario CMUc	86	2.1	2.4	1	4	1.3	2.9
		Scénario standard		2	2.4	1	4	1.3	2.8
	Spécialistes	Scénario CMUc	25	40.1	36.1	24	119	22.1	58.1
		Scénario standard		38.4	36.7	18	119	20	56.7
	Dentistes	Scénario CMUc	28	34.4	18.1	24.5	72	24.3	44.6
		Scénario standard		33	18.3	23	72	22.7	43.2
	Kinés	Scénario CMUc	44	6	6.1	3.5	13	2.9	9.1
		Scénario standard		4.2	2.1	3.5	8	3.1	5.3
	Ensemble Orne		183	15.4	19	3	51	11.4	19.5
				14.5	18.8	3	51	10.5	18.5

Les délais d'obtention des rendez-vous sont de l'ordre de 2 à 3 jours en moyenne chez les généralistes, ce qui constitue des durées relativement élevées pour un recours en soins primaires. La médiane est toutefois de 1 jour pour les généralistes, la forte dispersion pouvant

⁵ Certains appels du *testing* ont été passés le samedi ; de même, certains rendez-vous peuvent être attribués un samedi matin : dans ce cas, les délais calculés sont les délais réels (date de rendez-vous – date d'appel). Cependant, le mode de calcul générique des délais en jours ouvrés exclut dans les faits les samedis (en plus des dimanches) afin de lisser le phénomène sur l'ensemble des praticiens : ainsi, dans le cas où un rendez-vous est attribué la semaine suivant le coup de fil, le délai réel est amputé de 2 jours pour prendre en compte le week-end.

s'expliquer par les délais longs imputables aux périodes de congés. Obtenir un rendez-vous chez le dentiste prend plus de temps dans l'Orne (environ 34 jours ouvrés) que dans la Nièvre (entre 20 et 25 jours selon le scénario employé). Enfin, les délais de rendez-vous chez les spécialistes excèdent 40 voire 50 jours ouvrés selon les cas.

On note peu de différences dans les délais de rendez-vous entre scénarios CMUc et non-CMUc dans l'Orne. Une différence de 1,8 jour ouvré est toutefois observée chez les kinésithérapeutes (différence non significative à 95%). Dans la Nièvre, on constate une différence moyenne de 5 jours chez les dentistes. Enfin, et de façon contre-intuitive, une différence de plus de 5 jours en moyenne apparaît dans l'obtention d'un rendez-vous auprès des spécialistes de la Nièvre, mais en faveur des patients à la CMUc qui, dans l'échantillon, obtiendraient une consultation plus rapidement que les autres. Ce constat paradoxal demande à être clarifié par des éléments de contexte qui pourrait expliquer cet écart. Les appels ont été plus souvent réalisés en commençant par le scénario CMUc et le créneau est donc rendu indisponible tant que le rendez-vous n'a pas été annulé (ce qui est réalisé le lendemain en général) ; cet aspect méthodologique peut, en partie, expliquer ces délais supérieurs lors des rendez-vous attribués aux « patients non CMUc ».

3.3. Modalités d'attribution de la consultation

Lors des appels téléphoniques, certaines caractéristiques relatives à l'organisation de la pratique et à la prise de rendez-vous des professionnels peuvent être relevées.

Les chiffres fournis ci-dessous sont basés les professionnels de santé qui ont pu être joints et qui ont donné leur accord pour une consultation ($N=384$).

En premier lieu, dans ces départements ruraux que sont la Nièvre et l'Orne, une proportion significative de médecins généralistes consulte sans rendez-vous, avec toutefois une différence dans l'importance de ce phénomène entre les 2 départements. Parmi les généralistes contactés, 17 consultent sans RdV dans la Nièvre (22%) et 12 dans l'Orne (11%). Ce phénomène est inexistant pour les autres professions médicales étudiées.

En second lieu, lors de la prise de rendez-vous par téléphone dans le « scénario CMUc » un certain nombre de recommandations peuvent être effectuées par le médecin ou le secrétariat. Il s'agit en particulier du rappel des « obligations légales » et de précautions visant à assurer le paiement du médecin : on rappelle au patient bénéficiaire la CMUc de se munir de sa carte vitale et/ou de son attestation CMU à jour. Ces précautions sont toutefois loin d'être systématiques : elles sont effectuées dans près d'un appel sur 5 chez les médecins spécialistes et les dentistes dans la Nièvre, un appel sur 6 chez les dentistes dans l'Orne, et dans un appel sur 8 chez les spécialistes dans l'Orne. Ces recommandations ne sont quasiment jamais faites par les généralistes.

3.4. Les causes de refus de consultation

Les arguments avancés par téléphone

La plupart des appels aboutis ont donné lieu à l'attribution d'un rendez-vous ou du moins à l'accord du praticien pour réaliser une consultation. Ainsi, le « refus » de consultation est globalement rare – dans 11,4% des cas l'appel s'est soldé par un refus – et, par ailleurs, faiblement imputable à la CMUc– 13,3% dans le scénario CMUc contre 9,5% dans le scénario standard).

Cependant, il est nécessaire d'analyser plus finement les modalités et les motivations de ces « refus » de consultation pour, d'une part, connaître les raisons invoquées par les praticiens et, d'autre part, identifier d'éventuels effets ou régularités statistiques qui permettraient d'expliquer ce refus.

Dans la grande majorité des cas, le refus de consultation est argumenté par une surcharge de travail ou en tout cas la volonté de la part du praticien de ne pas recevoir de nouveaux patients : c'est le cas dans 87 appels parmi les 101 au cours desquels un refus de consultation a été signifié. Le Tableau 10 confirme qu'il s'agit de la principale explication donnée au refus de consultation et que ce phénomène n'est pas négligeable en médecine primaire, chez les dentistes et chez les médecins spécialistes dans l'Orne. Ainsi, dans plus de 10% des appels chez un médecin généraliste, la réponse donnée est que le médecin n'accueille pas de nouveaux patients (les résultats sont exprimés tous scénarios confondus). Cette proportion est supérieure à 13% dans l'Orne. Cet argument est également fréquemment avancé chez les dentistes, mais cela ne représente pas le même poids dans les 2 départements. Dans l'Orne, la quasi-totalité des refus de soins opposés par les dentistes sont dus à cette volonté de ne pas traiter de nouveaux patients : ainsi, dans 22% des cas, cet argument est avancé lors de l'appel téléphonique. Dans la Nièvre, si la proportion globale de refus de la part des dentistes est comparable, cet argument est moins souvent avancé (15% des appels tout de même).

Enfin, nous avons montré que les refus chez les spécialistes n'étaient pas imputables à la CMUc, mais à une probable surcharge de travail, les refus sont donc logiquement justifiés par l'unique argument « de ne pas recevoir de nouveaux patients » avec une très forte fréquence chez les spécialistes dans l'Orne, un refus plus rare chez les spécialistes de la Nièvre.

Tableau 10 – Proportions de refus de consultations dus à la volonté de « ne pas accueillir de nouveaux patients »

Scénarios CMUc et standard confondus		Nb appels aboutis	% Refus de consultation	% Réponses "Pas de nouveaux patients"
Nièvre	MG	176	13.6%	13.6%
	Spécialistes	88	2.3%	2.3%
	Dentistes	88	22.7%	14.8%
	Kinés	94	4.3%	2.1%
	Ensemble Nièvre	446	11.2%	9.2%
Orne	MG	212	10.8%	9.4%
	Spécialistes	58	13.8%	13.8%
	Dentistes	82	24.4%	22.0%
	Kinés	88	0.0%	0.0%
	Ensemble Orne	440	11.6%	10.5%
Ensemble Nièvre + Orne		886	11.4%	9.8%

Ces résultats illustrent la réalité des difficultés d'accès aux soins, notamment primaires. Couplés aux délais d'obtention de rendez-vous et donc de la création de listes d'attente implicites, ces éléments démontrent la saturation de l'offre médicale disponible dans ces zones rurales.

Dans le scénario CMUc, les autres motifs avancés par les médecins pour justifier le refus de recevoir un patient sont les suivants :

- « Trop de paperasse ! »
- « Non, je ne peux pas vous recevoir, je pratique le dépassement d'honoraires... »

Le refus est parfois une restriction de la proposition de soins et non un refus total :

- « CMU uniquement pour des soins, pas pour prothèses » (dentiste)
- « Uniquement de la rééducation ; je ne reçois pas pour des problèmes de dos » (kinésithérapeute)

En l'occurrence, dans les deux cas, les refus portent sur des soins qui sont inclus dans le panier de soins alloués aux bénéficiaires de la CMUc.

Certains praticiens orientent les bénéficiaires de la CMUc vers des praticiens non libéraux :

- « Allez consulter un dentiste mutualiste »

Analyse par modélisation

Une modélisation du phénomène de « refus de consultation » a été menée afin d'identifier les éventuels déterminants ou causes de ces refus.

Compte tenu des effectifs relativement faibles de professionnels de santé, tous les appels téléphoniques ont été agrégés afin de constituer une unique base de données (N = 886). En particulier, puisque les analyses montrent que le phénomène de refus de consultation est relativement rare et qu'il semble faiblement attribuable au statut « CMUiste » du patient, la modélisation porte sur l'ensemble des refus de consultation (et non pas uniquement sur les refus spécifiquement attribuables à la CMUc).

La variable modélisée est binaire (0/1) : elle prend la valeur 1 un refus de consultation est signifié durant l'appel et la valeur 0 sinon. La méthode de modélisation retenue est une régression logistique, adaptée à la nature binaire de la variable expliquée et aux corrélations qui existent entre la plupart des variables explicatives qui nous souhaitons tester.

Les variables explicatives testées sont celles présentées dans le Tableau 11.

Tableau 11 – Variables testées dans la modélisation du refus de consultation

<i>Variable considérée</i>	<i>Modalités testées</i>	<i>Modalité de référence</i>
Département	Nièvre	Orne
Profession médicale	Kiné / Dentiste / Spécialiste	Généraliste
Structure du cabinet	Cabinet seul	Cabinet de groupe
Sexe	Femme	Homme
Age	<i>variable continue</i>	
Secteur	Secteur 2	Secteur 1
Taille d'Unité Urbaine (TUU)	Commune rurale / commune de plus de 20.000 hab.	commune de 5.000 à 20.000 hab.
Zonage en Aires Urbaines (ZAU)	Espace rural / commune monopolisée	espace urbain
Répondant à l'appel	Praticien (ou remplaçant)	Secrétariat
Scénario d'appel	CMUc	Patient standard

Compte tenu de leur niveau de corrélation potentiellement élevé et du faible nombre de degrés de liberté⁶, une sélection des variables les plus significatives a été réalisée pour parvenir à un modèle parcimonieux, à la fois à l'aide d'une sélection automatique et d'une sélection « manuelle ». Ainsi, plusieurs spécifications restreintes (c'est-à-dire impliquant uniquement

⁶ Le nombre de degrés de liberté est lié au nombre de variables explicatives introduites (et au nombre de modalités de celles-ci) ainsi qu'à la taille de l'échantillon sur lequel est réalisée la régression.

certaines variables) sont testées afin de faire apparaître d'éventuels effets masqués dans le modèle global. En particulier, les typologies TUU et ZAU sont testées de manière concurrentielle et non introduites simultanément en raison de leur importante corrélation ; de même pour le secteur de conventionnement et la nature de la profession médicale qui sont totalement déterminées.

Les résultats sont présentés sous forme d'*odds ratios* (rapport de cotes) qui peuvent, compte tenu de la faible fréquence des refus, être interprétés comme des risques relatifs, c'est-à-dire comme la majoration du risque de refus de consultation induite par la variable considérée.

Le Tableau 12 présente les résultats de trois spécifications différentes de la modélisation :

- La 1^{re} colonne introduit comme variables explicatives : *le département, la profession médicale et le scénario utilisé lors de l'appel* ;
- La 2^e colonne propose une vision d'ensemble sur les variables explicatives testées en introduisant la plupart d'entre elles simultanément dans un modèle global ;
- La 3^e colonne présente la spécification produite par une sélection automatique⁷ des variables.

⁷ La méthode de sélection automatique utilisée ici est une méthode de type *Backward* fondée sur la contribution à la vraisemblance (au seuil de 10%) de chacune des variables explicatives testées. Il a été vérifié que des méthodes alternatives (de type *Stepwise*) amenaient à une sélection identique des variables.

Tableau 12 – Modélisation de la probabilité de refus de consultation lors de l'appel chez un professionnel médical (N = 886)

Variable	Odds-ratio	Signif.	Ecart-type	Odds-ratio	Signif.	Ecart-type	Odds-ratio	Signif.	Ecart-type
Département	0.994	ns	0.2183	0.983	ns	0.2336			
Profession médicale									
Prof = Spécialiste	0.533	*	0.3647	0.339	***	0.4156	0.362	***	0.3766
Prof = Dentiste	2.243	***	0.2397	1.774	**	0.2555	1.76	*	0.2486
Prof = Kiné	0.163	***	0.5294	0.151	***	0.5614	0.153	***	0.5572
Composition du cabinet									
Cabinet = Groupe				1.348	ns	0.2399			
Mode d'exercice				1.003	ns	0.3885			
Exercice = Libéral uniquement				1.297	ns	0.2571			
Sexe									
Médecin = Femme				0.975	*	0.0138	0.97	**	0.0128
Age du médecin				0.251	***	0.4489	0.225	**	0.4409
Répondant à l'appel				1.513	*	0.2261	1.514	*	0.2253
Scénario									
Scénario = CMUc	1.496	*	0.2195	0.413	***	0.2621	0.433	***	0.2526
ZAU				0.647	ns	0.3996			
ZAU = espace rural									
ZAU = commune monopolisée									
Degrés de liberté	5			12			7		
% de paires concordantes	64%			78%			78%		
Log-likelihood	579.947			538.383			542.382		

*** : p < 1% ** : p < 5% * : p < 10%

Cette modélisation démontre que de nombreuses caractéristiques de l'activité du professionnel de santé et du contexte de l'appel téléphonique ont un impact sur la probabilité du refus de consultation.

Rappelons qu'il s'agit ici d'une modélisation de l'ensemble des cas de « refus » et non uniquement des refus imputables à la CMUc. Toutefois, le scénario utilisé lors de l'appel est bien sûr contrôlé dans le modèle, ce qui permet d'exprimer des résultats « toutes choses égales par ailleurs », notamment en termes de patient (standard vs. CMUc).

Scénario (CMUc vs. « patient standard »)

L'enseignement principal est que le scénario utilisé a un impact, faible mais significatif (à 10%), sur le refus de consultation. Cette influence demeure identique que le modèle soit restreint (1^e colonne) ou que plusieurs variables soient contrôlées simultanément (2^e colonne). Toutes professions médicales, une demande de rendez-vous a 1,5 fois de chances d'être refusée lorsque l'on est à la CMUc. Ainsi, même si le niveau brut de discrimination envers les patients à la CMUc est faible, cette situation majore tout de même légèrement le risque de ne pas voir accès à l'offre de soins.

Profil et activité du professionnel de santé

La nature de la profession médicale contactée a un impact très important sur la probabilité de refus, toutes choses égales par ailleurs. Par rapport aux médecins généralistes, les refus sont 2 fois moins fréquents chez les médecins spécialistes et 2 fois plus fréquents chez les dentistes⁸. Ce résultat confirme les enseignements des analyses descriptives brutes (Tableau 8), même si la différence de taux de refus entre spécialistes et généralistes masque une très forte disparité de situation entre la Nièvre et l'Orne.

L'âge du professionnel est également légèrement significatif, avec une tendance à moins refuser chez les professionnels de santé les plus âgés.

En revanche, ni le sexe du médecin, ni ses modalités d'exercice (seul ou en groupe, en exercice libéral pur ou mixte) n'influent sur le niveau de refus, quelle que soit la configuration de modèle testée.

Contexte géographique

Les deux départements comparés avaient démontré des tendances très différentes en données brutes et selon la spécialité médicale considérée. Toutefois, dans la modélisation, et à

⁸Le résultat concernant les Kinésithérapeutes n'est pas fiable vu le très faible nombre de refus constaté chez cette profession.

spécialité égale par ailleurs, que l'appel ait lieu dans la Nièvre ou dans l'Orne est totalement neutre sur le risque de se voir notifié un refus. L'impact du département devrait être couplé avec celui de la profession médicale (par un terme d'interaction), mais l'échantillon ne permet pas suffisamment de puissance statistique pour faire cela.

En revanche, le niveau d'urbanisme de la commune dans laquelle exerce le praticien a bien un impact sur le niveau de refus : les refus sont 2,4 fois moins nombreux dans les zones et communes rurales que dans les zones urbaines⁹. Ce résultat peut sembler paradoxal dans la mesure où la saturation de l'offre de soins et de la patientèle des médecins est a priori plus sensible dans les zones rurales, ce qui devrait conduire à refuser plus souvent les rendez-vous. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que cette tendance se couple avec une pratique plus répandue de consultation sans rendez-vous en zone rurale, qui ne favorise pas le « refus de consultation ».

Répondant lors de l'appel

Enfin, la variable la plus significative dans les modèles testés est l'identité de l'interlocuteur lors de l'appel téléphonique : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de refus est 4 fois moins élevée lorsque le praticien répond lui-même que lorsque c'est un secrétariat médical qui s'en charge.

Cet effet marquant suggère un effet d'organisation de la pratique, voire de filtrage à travers le secrétariat. Toutefois, il ne signifie pas forcément qu'une discrimination plus grande est pratiquée systématiquement par les secrétariats médicaux. Nous avons montré dans l'étude du Val de Marne (Despres, 2009) en nous appuyant sur l'analyse des interactions téléphoniques que le fait que ce soit le praticien lui-même qui réponde ouvrait des marges de négociation, même si elles restaient marginales dans l'étude (statistiquement non significatives) et ne se répercutaient pas sur l'ensemble des résultats. Nous avons souligné l'enjeu de l'interrogatoire d'un patient ayant la CMU avant de lui octroyer un rendez-vous :

« Celui-ci visait à évaluer la situation clinique, l'existence d'une maladie avérée justifiant alors la légitimité de la demande de rendez-vous mais il donnait aussi l'occasion au praticien d'apprécier les mérites et qualités du patient »¹⁰.

Ce résultat pourrait masquer aussi des effets d'organisation dans la pratique des praticiens : par exemple, un praticien moins débordé a le temps de répondre lui-même au téléphone et aura plus de chances d'accorder un rendez-vous.

⁹ Le résultat présenté ici se base sur un découpage selon la typologie ZAU, mais les résultats sont similaires si on utilise la typologie TUU qui couple niveau d'urbanisme et taille de la commune.

¹⁰ Despres, 2010, La couverture maladie universelle : une légitimité contestée : Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard de ses bénéficiaires, *Pratiques et organisation des soins*, 41 (1), p.33-43.

3.5. Analyse des délais de rendez-vous

Outre le refus de consultation, l'offre de soins disponible lors du testing se caractérise par des délais de rendez-vous parfois importants et très variables selon le département ou la profession médicale.

Une analyse plus approfondie du délai de rendez-vous est menée par le biais d'une modélisation statistique. Elle porte sur 753 réponses positives lors des appels¹¹. Le délai de rendez-vous considéré et modélisé est le nombre de jours ouvrés entre la date du coup de fil et la date du rendez-vous attribué. Dans les nombreux cas de médecins généralistes consultant sans rendez-vous, le délai affecté est de 0 jour ou de 1 jour selon les précisions données lors de la conversation.

La principale difficulté de la modélisation réside dans la distribution particulière du délai, difficile à paramétrer selon une loi de probabilité usuelle. En effet, cette variable de délai agrège en réalité plusieurs « sous-variables » issues chacune d'une sous-distribution : le délai pour obtenir un rendez-vous diffère fondamentalement chez un médecin généraliste, un spécialiste ou un dentiste. L'agrégation de toutes ces informations dans une même variable rend la distribution complexe. D'autre part, la distribution de cette variable se caractérise par une proportion élevée de 0 (13,8% des cas) et une concentration importante sur les valeurs de 0 à 3 : plus de 50% des appels débouchent sur un rendez-vous dans les 3 jours. *Acontrario*, la distribution présente quelques valeurs extrêmes qui excèdent 100 jours (2% des cas).

Il est donc plus pertinent d'effectuer une modélisation séparée pour les 4 professions médicales analysées, même si cela conduit à perdre de la puissance statistique.

La modélisation sera réalisée par un modèle linéaire généralisé (MLG) en utilisant une loi de Poisson en corrigeant la sur-dispersion potentielle des distributions. Les mêmes variables explicatives sont testées que dans la régression du refus de rendez-vous (Cf. Tableau 11).

Les résultats de la modélisation sont détaillés dans le Tableau 13.

Profil et activité du professionnel de santé

On peut constater que les résultats sont assez différents dans les 4 modèles correspondant aux 4 professions médicales. Les modèles sont de meilleure qualité pour les médecins

¹¹ Appels menés à bien, professionnel de santé joint, acceptation de recevoir le patient et attribution d'un rendez-vous à une date précise.

(généralistes et spécialistes) et la majorité des variables introduites dans le modèle sont significatives¹².

Contrairement au phénomène de refus de soins, il apparaît que les modalités d'exercice du praticien influent sur les délais de consultation. Le fait d'exercer dans un cabinet de groupe augmente significativement, et dans des proportions similaires, le délai d'obtention d'un rendez-vous chez les généralistes, spécialistes et dentistes. Le fait d'exercer une activité libérale exclusive (par opposition aux praticiens qui ont une autre activité salariée annexe) a également une influence pour 3 professions médicales¹³, mais avec un coefficient différent pour les généralistes. Les spécialistes et les kinés qui ont une activité libérale exclusive ont des délais de rendez-vous plus élevés; à l'inverse, les (rares) généralistes qui exercent une activité salariée en plus de leur activité libérale affichent des délais de rendez-vous plus courts, toutes choses égales par ailleurs. On peut supposer qu'il s'agit de praticiens exerçant à temps partiel et n'ayant, de ce fait, pas constitué une patientèle trop importante.

Chez les spécialistes, le secteur de conventionnement n'a pas d'impact sur les délais de rendez-vous.

Enfin le sexe et l'âge du praticien sont parfois significatifs dans les modèles, notamment pour les généralistes et spécialistes : les MG et spécialistes femmes ainsi que les spécialistes les plus jeunes affichent des délais de rendez-vous plus importants.

Contexte géographique

L'impact du département est sensible : les délais sont, en moyenne, plus longs dans la Nièvre pour les généralistes et les dentistes et au contraire, dans l'Orne pour les kinésithérapeutes. Cette tendance est globalement cohérente avec les résultats de l'analyse des « refus de consultation » (cf. Tableau 9), à l'exception toutefois des résultats pour les dentistes. En effet, pour ceux-ci, les analyses descriptives révélaient des délais de rendez-vous sensiblement plus longs dans la Nièvre, tandis que l'influence s'inverse dans la modélisation, une fois le contrôle effectué par les autres caractéristiques de l'activité et du département. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, la prise de rendez-vous chez un dentiste est plus longue dans la Nièvre que dans l'Orne.

D'autre part, on note un impact important du niveau de ruralité/urbanisme de la commune dans laquelle sont installés les médecins généralistes : les généralistes exerçant dans des zones rurales ou dans des petites communes « monopolisées » ont des délais très significativement plus courts que leurs confrères exerçant en zone urbaine. Ce constat est conforme à

¹² Toutes les variables sont présentées simultanément dans le Tableau 13 en dépit des contraintes de degrés de liberté pouvant exister. Néanmoins, des validations sur des spécifications alternatives ont été conduites afin de vérifier la robustesse des résultats présentés.

¹³ Variable non testée pour les Dentistes car il y a trop peu de cas (cellule grisée dans le Tableau 13).

l'organisation des soins primaires dans l'espace rural où, en dépit d'une raréfaction de l'offre, les consultations sont effectuées rapidement et souvent sans rendez-vous.

Répondant lors de l'appel

Lorsque le médecin, généraliste ou spécialiste, répond lui-même au téléphone, les délais de rendez-vous sont généralement plus courts. Cependant ce cas de figure est rare chez les spécialistes, représentant moins de 10% des cas. C'est l'inverse qui est observé pour les dentistes : en l'absence de secrétariat pour répondre aux appels (11% des cas), le délai pour consulter le praticien s'élève.

Tableau 13 - Modélisation du délai de rendez-vous chez les 4 professions médicales (N = 753)

Variable	Généralistes		Spécialistes		Dentistes		Kinés	
	Estimateur	Signif.	Estimateur	Signif.	Estimateur	Signif.	Estimateur	Signif.
Constante	1.12	*	5.78	***	0.51	***	0.86	*
Département								
Département = Nièvre	0.34	**	0.05	ns	0.16	***	-0.33	**
Composition du cabinet								
Cabinet = Groupe	0.39	**	0.40	**	0.15	***	0.02	ns
Mode d'exercice								
Exercice = Libéral uniquement	-0.38	*	0.62	***			0.73	**
Secteur								
Secteur = 2			0.31	ns				
Sexe								
Médecin = Femme	0.92	***	0.50	***	0.15	*	-0.10	ns
Age du médecin								
Age du médecin	0.00	ns	-0.05	***	0.01	*	0.00	ns
Répondant à l'appel								
Répondant = Praticien lui-même	-0.49	**	-1.29	**	0.29	**	0.00	ns
Scénario								
Scénario = CMUc	0.14	ns	-0.09	ns	0.13	ns	0.16	ns
ZAU								
ZAU = espace rural	-0.40	***	0.14	ns	0.15	ns	0.14	ns
ZAU = commune monopolisée	-0.93	***	0.51	ns	0.24	***	-0.28	ns
Paramètre d'échelle	2.07		6.12		3.79		1.98	
N =	322		134		119		178	
Log Likelihood	44.1621		450.2908		558.8093		102.665	

*** : p < 1% ** : p < 5% * : p < 10%

4. Discussion

4.1. Sur la méthode

Par rapport aux précédents tests réalisés pour le compte du Fonds de financement de la CMU, nous avons modifié quelques éléments de la méthode.

Tout d'abord, nous avons mobilisé une base de données différente, en l'occurrence la base ADELI du ministère de la santé. Elle comporte certaines limites (notamment en termes d'actualisation des données) ce qui était également le cas de la base AMELI de l'assurance maladie : notamment, nous avons observé qu'un nombre conséquent de médecins généralistes avaient cessé leur activité mais restaient encore dans la base. Nous avons fait les mêmes constats dans cette nouvelle étude, à propos de la base ADELI, particulièrement pour les médecins généralistes et les masseurs kinésithérapeutes. Le nombre de professionnels injoignables malgré des essais d'appels répétés sans que nous ayons pu connaître la raison s'est avéré important, à mettre en lien probablement avec la période de congés d'été. En effet, certains d'entre eux ne se font pas remplacer, et ne laissent pas non plus de message d'information sur un répondeur.

Notre choix d'utiliser cette base ADELI était motivé essentiellement par le fait que les données relatives aux praticiens comportaient des codes de communes qui permettent directement la transposition vers les typologies de l'INSEE, la Typologie des Unités Urbaines (TUU) et le zonage en aire urbaine (ZAU), afin de réaliser une analyse territoriale.

En second lieu, nous avons procédé à un double appel systématique ce que nous n'avions pas fait systématiquement auparavant pour des raisons d'économie de moyens. Dans cette nouvelle étude, nous souhaitons comparer les délais proposés aux bénéficiaires de la CMUc et à ceux des autres patients, mais nous voulions également profiter de cette opportunité d'appels pour recueillir des données sur les délais de rendez-vous en milieu rural, pour tous les usagers. Nous faisons l'hypothèse de délais variables selon la densité de l'offre de soins, certains « déserts médicaux » de ces deux départements (cf. Figures 2 et 3) pouvant participer aux difficultés d'accès aux soins en milieu rural.

Par rapport aux précédents *testings*, de nouvelles catégories de praticiens ont été introduites, d'une part de nouvelles spécialités médicales, cardiologues et gastro-entérologues et d'autre part, les masseurs-kinésithérapeutes car lors de recherches auprès de bénéficiaires de la CMUc, des refus de cette catégorie de professionnels nous avaient été rapportés. De plus, ces derniers font partie de la catégorie des professionnels de proximité. Nous avons fait l'hypothèse de l'absence de refus parmi les infirmières libérales ; nous avons donc choisi de ne pas tester cette catégorie de professionnels de proximité.

Nous n'avons pas rencontré de problèmes spécifiques lors de la mise en œuvre du testing. Les *scenarii* choisis étaient crédibles. Simplement, de manière assez récurrente, les professionnels ou leurs secrétariats ont semblé étonnés qu'un bénéficiaire de la CMUc vérifie l'acceptation

du rendez-vous, considérant que ça allait de soi : les réponses étaient assorties de commentaires du type, « *évidemment* », « *bien-sûr* », « *c'est la loi* », propos que nous avons entendu bien plus rarement sur les terrains franciliens. La réponse donnée par le bénéficiaire était qu'ayant habité dans une grande ville, c'est une situation qu'il avait déjà rencontrée.

Les échanges téléphoniques n'ont pas fait d'analyse spécifique, en partant du principe que nous n'aurions pas de nouveaux éléments qualitatifs par rapport aux deux tests précédents. A posteriori, ce choix s'est avéré justifié par le faible nombre de refus. L'analyse plus systématisée des échanges n'aurait pas produit de résultats nouveaux. Nous avons seulement noté, l'argument délivré lors d'un refus, s'il y avait lieu. Nous avons constaté les éléments suivants :

Comme les fois précédentes, certains professionnels demandent aux bénéficiaires de la CMUc de ne pas oublier leur carte vitale ou leur attestation, pour sécuriser leur remboursement.

Des questions étaient parfois posées par les répondants (le plus souvent les secrétaires) sur le motif de la demande de rendez-vous. C'était le plus souvent le cas pour les médecins généralistes. D'une manière générale, on demande plus souvent aux bénéficiaires de la CMUc quels sont les motifs de consultation. Il semble qu'il y ait dans certains cas, un certain contrôle de la légitimité de la demande. Dans d'autres cas, il y aurait au contraire une certaine sollicitude ou une compassion.

Les questions sur les problèmes médicaux à l'origine d'une demande de consultation visaient le plus souvent à évaluer le caractère d'urgence de la demande de consultation. Elles étaient systématiques lors de la prise de rendez-vous chez un cardiologue, quelque soit le scénario (patient CMU ou non CMU). Nous avons choisi de ne pas présenter des symptômes qui pourraient évoquer un contexte d'urgence. Nous l'aurions fait les délais de rendez-vous auraient alors probablement été modifiés (rendez-vous dans les jours qui suivent).

Ajoutons que les résultats produits concernent un testing reposant sur le scénario d'un nouveau patient, qu'il ait ou non la CMUc. Les délais de rendez-vous sont à interpréter dans ce contexte. On peut supposer qu'un patient connu a plus de marges de négociation sur une date de rendez-vous.

4.2. Sur les résultats

Les refus de soins dans les départements de l'Orne et de la Nièvre

Rappelons que les résultats du *testing* en l'état répondent à la question : peut-on observer une discrimination (en termes de refus de délivrance de rendez-vous, ou de délais des rendez-vous octroyés) à l'égard des bénéficiaires de la CMUc dans un département rural, sachant que le département propose une offre mixte, rurale et urbaine. C'est l'ensemble de cette offre qui a été testée.

Les taux de refus de consultation sont relativement similaires dans les deux départements (tous *scenarii* confondus). L'analyse plus fine en fonction du scénario montre toutefois une réalité quelque peu différente dans ces deux départements.

Dans les deux départements, aucun refus spécifique n'a été notifié aux bénéficiaires de la CMUc par des médecins spécialistes et de kinésithérapeutes. Pour les deux autres catégories de professionnels, dans l'Orne, les taux de refus imputables au fait que le patient bénéficie de la CMUc ne sont pas significatifs sur le plan statistique (4,9 % pour les dentistes ; 0,9 % pour les médecins généralistes). Par contre, dans la Nièvre, ils refusent significativement plus que pour les autres patients, avec des taux de refus imputables à la CMUc de 9,1 % pour les médecins généralistes et de 13,6 % pour les dentistes.

L'enseignement frappant est que les taux de refus concernant l'ensemble des patients (quel que soit le scénario employé) sont relativement élevés ; le taux global est de 9,5 % dans l'Orne et 8,1 % dans la Nièvre. Cette différence entre départements n'apparaît pas significative dans le modèle, toutes choses égales par ailleurs. Le taux de refus est de 22 % pour les dentistes de l'Orne – on n'est pas très loin d'un quart de refus – et de 15,9 % pour les dentistes de la Nièvre ; près de 10 % pour les médecins généralistes des deux départements. Les taux sont plus contrastés pour les médecins spécialistes : 5,3 % dans la Nièvre et 13,8 % dans l'Orne.

Les refus à l'encontre de l'ensemble des usagers relèvent en partie d'une stratégie des praticiens afin de garder la maîtrise de leur carnet de rendez-vous, et notamment d'une forme de régulation des délais de rendez-vous.

Ainsi, dans la Nièvre, les patients bénéficiaires de la CMUc souffrent « d'une double peine » : ils se voient opposés des refus comme les autres patients car les dentistes et les médecins généralistes refusent les nouveaux patients et parce qu'ils ont la CMUc : les taux de refus sont alors respectivement de près de 30 % et 18,2 %.

L'absence de refus imputable à la CMUc chez les médecins spécialistes contraste avec les résultats des précédentes études. A Paris, les refus liés à la CMU étaient de l'ordre de 9 % chez les ophtalmologues de secteur 1, 17,4 % chez les gynécologues alors qu'en secteur 2, ces taux atteignaient respectivement 31,3 % et 40,2 % pour ces deux types de spécialistes. Dans le Val de Marne, la différence entre médecins généralistes et spécialistes (ophtalmologues, gynécologues, pédiatres et psychiatres) était significative et les spécialistes avaient plus de probabilité de refuser mais il s'agissait de praticiens d'accès direct. Dans l'étude parisienne, nous avons introduit les médecins radiologues qui avaient moins de probabilité de refuser que leurs collègues généralistes. Ici, nous avons également introduit des spécialités d'accès non direct, les cardiologues et les gastro-entérologues.

L'analyse, par la modélisation statistique est relativement limitée compte-tenu des faibles taux de refus dans les départements étudiés.

Elle montre que les dentistes refusent significativement plus que les autres professions. Les taux de refus restent néanmoins bien inférieurs aux deux études précédentes, notamment 31,6 % à Paris.

La répartition de l'offre de médecins en fonction du secteur de conventionnement (secteurs 1 ou 2) est bien différente de ce qui est observé dans les grandes villes, notamment Paris. Les médecins spécialistes de secteur 2 sur les spécialités sélectionnées et dans les deux départements considérés ne sont que 8 (18 %) dans la Nièvre et 2 dans l'Orne (6 %), mais en tout état de cause, aucun spécialiste n'a opposé de refus ciblant les patients bénéficiant de la CMUc. Les médecins généralistes de secteur 2 sont encore moins fréquents (une dizaine pour les deux départements sur près de 400 médecins généralistes). Cette variable n'a donc pas été intégrée dans le modèle d'analyse sur le refus de consultation.

L'âge qui ne figurait pas dans la base AMELI a pu être testé et montre une moindre probabilité de refus pour les professionnels les plus âgés (tous patients). Le sexe et le mode d'exercice (cabinet de groupe ou seul) n'influent pas sur la propension des professionnels à refuser un rendez-vous.

Les refus de soins en milieu rural

L'analyse plus fine de l'offre rurale devrait permettre d'affiner notre réponse quant aux refus de soins en milieu rural. Pour l'heure, la modélisation permet de mettre en évidence que les refus sont moins probables quand les praticiens sont installés dans des zones rurales. Plusieurs hypothèses explicatives non exclusives les unes des autres peuvent être mobilisées. Tout d'abord, les praticiens installés en zone rurale sont conscients de la rarefaction de l'offre et ne veulent pas que les patients les plus démunis soient amenés à renoncer à des soins, sachant qu'il n'y a pas d'offre alternative. Les quelques remarques, renvoyant les patients vers des structures mutualistes par exemple, concernaient des professionnels installés dans des communes appartenant à un pôle urbain (Nevers, Argentan). D'autre part, l'interconnaissance plus forte en milieu rural pourrait nuire à la réputation d'un professionnel qui ferait de la discrimination. On peut penser aussi qu'en milieu rural, il y a moins de craintes de voir la salle d'attente « envahie » par les bénéficiaires de la CMU, ceux-ci n'étant pas nécessairement regroupés dans une même zone géographique contrairement aux villes où peuvent être observés des effets de quartier.

Une majorité des médecins spécialistes exerce dans l'une des deux plus grandes communes urbaines (Alençon et Flers, communes de 20 000 à 50 000 habitants) alors que dans la Nièvre, on ne trouve pas de commune de cette taille et plus de la moitié des spécialistes sont regroupés sur Nevers. Il faut noter que Nevers se trouve proche de la frontière du département et répond probablement à des demandes des usagers du département voisin.

Les délais de rendez-vous

Les délais calculés incluent fréquemment les périodes de vacances d'été, notamment pour les spécialistes (fréquemment d'une durée d'un mois), le rendez-vous ayant pu être donné à leur retour de congé. Les délais calculés auraient donc été sans doute plus bas à une autre période de l'année.

Ceux-ci varient légèrement selon le scénario. Ils sont en général plus courts pour les usagers non CMU (tous les professionnels dans l'Orne, les kinésithérapeutes et les dentistes dans la Nièvre). Pour les médecins (généralistes et spécialistes) de la Nièvre, les délais sont plus courts dans le cadre du scénario CMU. Ce résultat pourrait s'expliquer par des effets de méthode (ordre d'appel entre les deux *scenarii*), mais de toute façon ces différences ne sont pas statistiquement significatives quels que soient les professionnels.

Par contre, la différence observée entre les deux départements est significative pour les dentistes, les médecins généralistes et les kinésithérapeutes. Avec des délais supérieurs dans l'Orne pour les dentistes et les kinés et inférieurs pour les médecins généralistes. L'influence combinée du département sur les délais de rendez-vous chez les dentistes est particulièrement sensible aux caractéristiques de la pratique du médecin car l'effet s'inverse entre l'analyse descriptive et la modélisation (cf. comparaison du Tableau 9 et du Tableau 13). Le mode d'exercice en cabinet de groupe (versus seul) influe positivement sur la longueur des délais de rendez-vous (sauf pour les kinés). De même quand le médecin est une femme.

Le fait d'avoir une activité mixte réduit les délais de rendez-vous pour les médecins spécialistes et les kinés (non testés chez les dentistes en nombre insuffisant). Une hypothèse est qu'il pourrait mieux gérer leur patientèle en jouant sur leur double activité, privée libérale et salariée. A l'inverse, les médecins ayant une activité mixte ont des délais de rendez-vous plus réduits ce qui marquerait un moindre investissement dans leur activité libérale et une patientèle plus réduite.

Les délais sont significativement plus courts chez les médecins généralistes exerçant en zone rurale, ceci pouvant s'expliquer par un mode d'organisation sous la forme de consultation sans rendez-vous. Cette modalité n'empêche pas que les patients connus puissent rencontrer leur médecin sur des créneaux spécifiques, dans le cadre de soins non urgents, d'un suivi.

Annexe 1 : Refus de soins et accessibilité aux soins dans l'espace rural : Sélection des départements ruraux

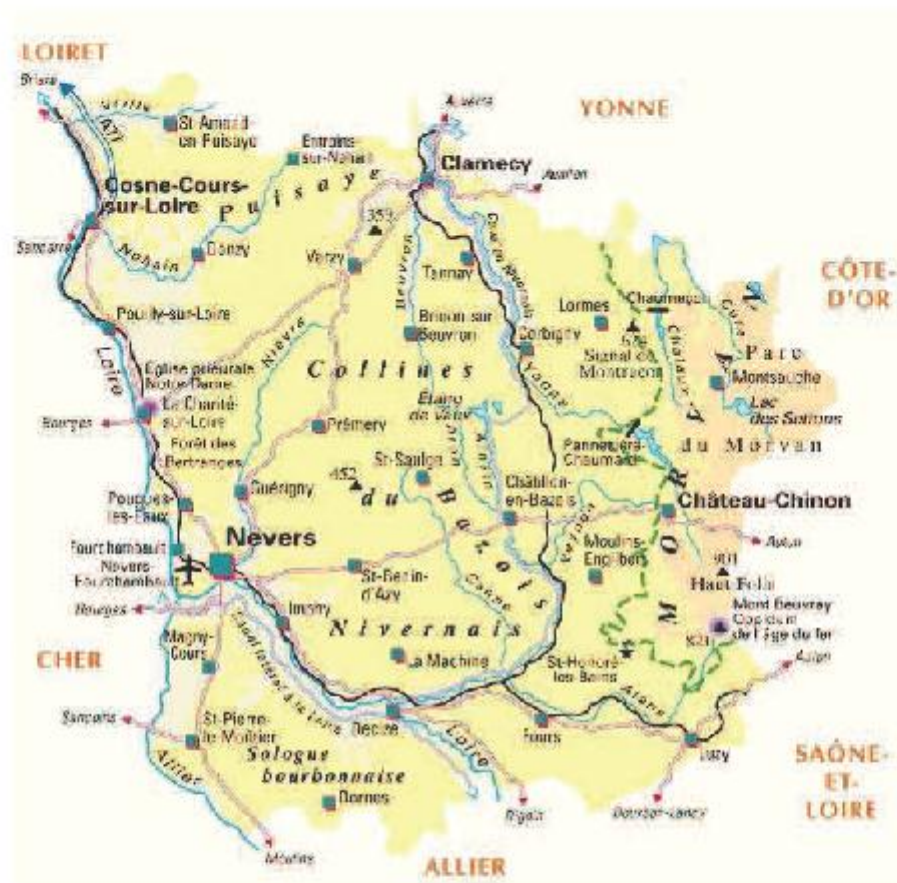
Critères	Nièvre	Orne	Haute-Marne	Creuse
Zonage en aire urbaine	Un unique pôle urbain important autour de Nevers	4 pôles de petite taille (Flers, Argentan, Alençon, L'Aigle)	3 pôles moyens (Chaumont, Langres, Saint-Dizier)	Un unique pôle moyen Guéret
% population de l'espace rural	50%	53%	47%	77%
Dont rural isolé	39%	42%	39%	64%
% de CMUc	5,4%	5,4%	5,5%	6,1%
Zones déficitaires	8 communes	34 communes	8 cantons	1 zone de 10 communes
Distances d'accès élevées	+++	+	+++	+++
Maisons de santé	7	1	0	1
Infos territoires	++	+++ (typologie espace rural)	++	++
Infos santé	+++	+++	+++	++
Déplacements Caroline	++	++	++	--
Contacts IRDES	+++	++	++	?

Concernant la part de bénéficiaires de la CMUc, la moyenne nationale (France métropolitaine) est de 5,7%, la médiane est à 5%, les taux les plus élevés se rencontrent dans les départements fortement urbanisés et densément peuplés

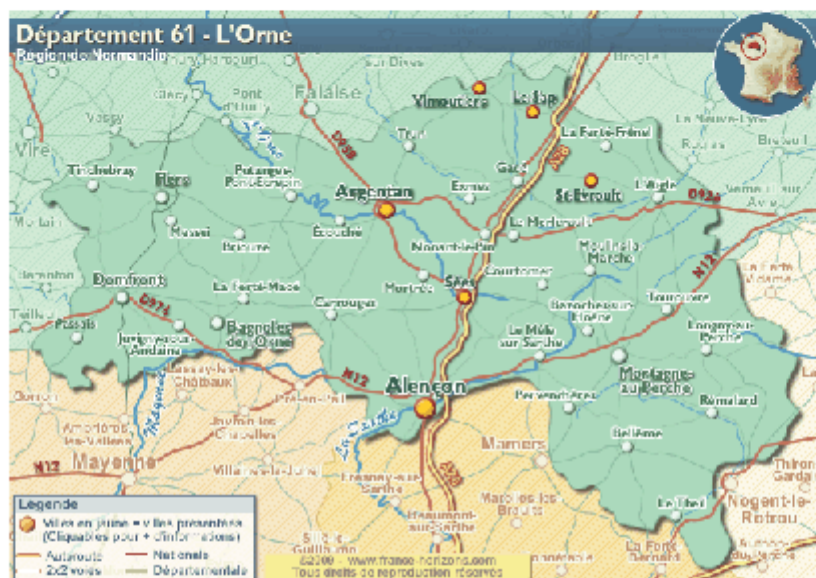
Annexe 2 : effectifs des bénéficiaires de la CMU-C

	Département	CHAMTS			MSA			RSI			CHAMTS - MSA - RSI				CMUC Pop ^a
		CMUC_ RO	CMUC_OC	Total CMUC	CMUC_ RO	CMUC_ OC	Total CMUC	CMUC_ RO	CMUC_ OC	Total CMUC	CMUC_ RO	CMUC_ OC	Total CMUC	Pop ^a	
58	Nèvre	7 986	3 343	11 329	232	73	305	502	159	661	8 720	3 575	12 295	228 969	5,4%
61	Orne	12 079	2 629	14 708	309	210	519	715	353	1 068	13 103	3 192	16 295	302 554	5,4%

Annexe 3a : carte du département de la Nièvre (58)



Annexe 3b : carte du département de l'Orne (61)



ANNEXE 8 : FOCUS SUR LES DEPENSES DU REGIME GENERAL

Le régime général rassemble presque 80 % des bénéficiaires de la CMU-C. 90 % d'entre eux ont fait le choix de leur régime obligatoire pour gérer la part complémentaire. La tendance générale pour le coût moyen se mesure ainsi à partir des données fournies par la CNAMTS.

Le coût moyen en métropole, pour 2009, est de 425,19 €. Il est en évolution de + 2,7 % par rapport à 2008. La part de la dépense de ville est prépondérante, avec 73,4 %. Elle reste stable et en deçà de celle des autres régimes. Pour les Dom, le coût moyen est de 370,05 €. Il reste équivalent à celui de 2008 (+ 0,6 %). La proportion de la dépense de ville (80,1 %) est supérieure à celle de la métropole. Elle est également stable d'une année à l'autre.

En passant de 302,28 € en 2008 à 312,21 € en 2009, la dépense de ville évolue de + 3,3 %, ce qui reste très modéré.

En dépense globale moyenne (ville et hôpital), les départements de la métropole (hors Lozère, voir infra « indications techniques »), se situent entre 319,77 € pour le Haut-Rhin (68) et 595,61 € pour la Corrèze (19). Les départements d'outre mer se répartissent entre 246,13 € en Martinique (972) et 521,73 € en Guyane (973).

Pour la dépense de ville, la situation des départements de l'Alsace (67 et 68) restent à part, les taux de remboursement de base y sont supérieurs à ceux de l'ensemble du territoire. Par contre, avec 436,86 € de coût moyen pour les soins de ville, le département des Bouches-du-Rhône (13) dépasse le coût moyen de la dépense de ville de la métropole de plus de 124 € et il progresse de + 5,1 % par rapport à 2008.

Le bénéfice de la CMU-C permet d'améliorer le niveau de santé, mais une part des bénéficiaires entre dans le dispositif en état de santé dégradé. Des études en cours à la CNAMTS tendent à prouver que, pour des maladies graves, à pathologie égale, un bénéficiaire de la CMU-C sera un plus fort consommant qu'un non bénéficiaire, ceci en lien avec un moins bon état de santé préalable et la nécessité de rattrapage de soins.

En 2009, la différence entre le forfait CMU de 370 € et le coût moyen à la CNAMTS en métropole est de - 55,19 € par bénéficiaire, au détriment du régime. Le coût moyen pour les Dom est équivalent au forfait.

■ Indications techniques

Pour des raisons liées à la transmission des données comptables agrégées, les sections locales mutualistes sont incluses dans la dépense de la métropole. Leurs effectifs sont répartis sur l'ensemble des départements métropolitains, au prorata de leur nombre de bénéficiaires de la CMU-C par rapport au total.

Le département de la Lozère (48) atteint une dépense hospitalière moyenne de 754,14 €, du fait d'une concentration d'établissement de soins de longs séjours.

1) Dépenses totales et moyennes par bénéficiaire pour la part CMU-C

Le coût moyen 2009 est de 425,19 € pour la métropole et de 370,05 € pour les départements d'outre-mer. En retenant un coût moyen de 417,20 € pour l'ensemble du territoire, on obtient une évolution de + 2,4 % entre 2008 et 2009, soit la même qu'entre 2007 et 2008.

CNAMTS, dépenses en droits constatés de 2007 à 2009, dépenses évaluées pour 2010, métropole, Dom, métropole & Dom

Métropole*					
Année	Effectifs	Dépense			Coût unitaire
		Dépense réglée Année N	Dépense réglée Année N+1	Total	
2007	3 129 463	1 152 832 797,50 €	113 713 986,60 €	1 266 546 784,10 €	404,72 €
2008	2 954 033	1 112 835 538,18 €	109 817 666,70 €	1 222 653 204,88 €	413,89 €
2009	2 871 243	1 110 990 270,36 €	109 845 507,07 €	1 220 835 777,43 €	425,19 €
2010**	2 883 555	1 155 365 096,74 €	114 903 627,06 €	1 270 268 723,80 €	440,52 €

DOM					
Année	Effectifs	Dépense			Coût unitaire
		Dépense réglée Année N	Dépense réglée Année N+1	Total	
2007	497 667	158 367 987,18 €	18 440 935,59 €	176 808 922,77 €	355,28 €
2008	487 514	164 736 798,54 €	14 600 998,07 €	179 337 796,61 €	367,86 €
2009	486 939	164 533 589,96 €	15 656 711,25 €	180 190 301,21 €	370,05 €
2010**	478 822	167 055 475,74 €	16 377 664,94 €	183 433 140,68 €	383,09 €

Métropole* et Dom					
Année	Effectifs	Dépense			Coût unitaire
		Dépense réglée Année N	Dépense réglée Année N+1	Total	
2007	3 627 130	1 311 200 784,68 €	132 154 922,19 €	1 443 355 706,87 €	397,93 €
2008	3 441 547	1 277 572 336,72 €	124 418 664,77 €	1 401 991 001,49 €	407,37 €
2009	3 358 182	1 275 523 860,32 €	125 502 218,32 €	1 401 026 078,64 €	417,20 €
2010**	3 362 377	1 322 420 572,48 €	131 281 292,00 €	1 453 701 864,48 €	432,34 €

*Y compris SLM / ** Pour 2010 les dépenses prennent en compte les provisions / Source : CNAMTS

CNAMTS, évolutions des dépenses en droits constatés de 2007 à 2009, dépenses évaluées pour 2010, métropole, Dom, métropole & Dom

Évolution Métropole					
Année	Effectifs	Dépense			Coût unitaire
		Dépense réglée Année N	Dépense réglée Année N+1	Total	
2008	-5,6%	-3,5%	-3,4%	-3,5%	2,3%
2009	-2,8%	-0,2%	0,0%	-0,1%	2,7%
2010**	0,4%	4,0%	4,6%	4,0%	3,6%

Évolution Dom					
Année	Effectifs	Dépense			Coût unitaire
		Dépense réglée Année N	Dépense réglée Année N+1	Total	
2008	-2,0%	4,0%	-20,8%	1,4%	3,5%
2009	-0,1%	-0,1%	7,2%	0,5%	0,6%
2010**	-1,7%	1,5%	4,6%	1,8%	3,5%

Évolution Métropole et Dom					
Année	Effectifs	Dépense			Coût unitaire
		Dépense réglée Année N	Dépense réglée Année N+1	Total	
2008	-5,1%	-2,6%	-5,9%	-2,9%	2,4%
2009	-2,4%	-0,2%	0,9%	-0,1%	2,4%
2010**	0,1%	3,7%	4,6%	3,8%	3,6%

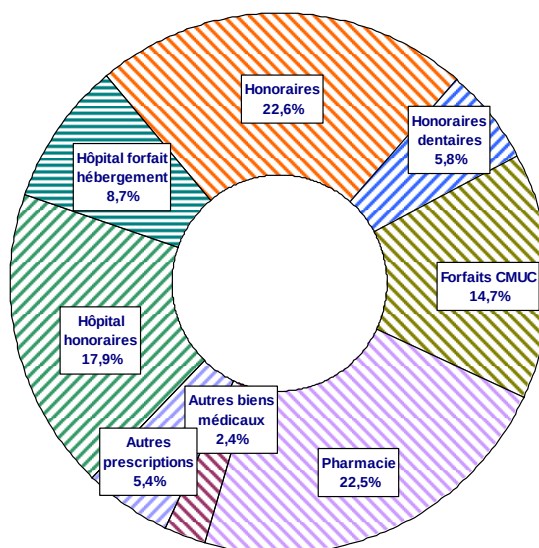
*Y compris SLM / ** Pour 2010 les dépenses prennent en compte les provisions / Source : CNAMTS

2) Dépenses par postes

La répartition de la dépense individuelle reste globalement constante d'une année sur l'autre. Toutefois, la dépense pour les honoraires des généralistes augmente de + 7,2 % entre 2008 et 2009 au régime général. Cette évolution se retrouve au RSI avec + 7,3 % et dans une moindre mesure à la CCMSA avec + 2,1 %. Les honoraires et la pharmacie regroupent 45,1 % de la dépense totale. Au final, la part de la dépense de ville représente 73,4 %. La part de la dépense hospitalière (honoraires et forfait d'hébergement), 26,6 %, est plus forte que dans les autres régimes mais celle des forfaits CMU-C, 14,7 %, reste plus faible. Par rapport à 2008, le montant moyen du forfait journalier baisse de – 3,8 % pendant que celui des honoraires augmente de + 3,8 %.

CNAMTS, Répartition par postes de dépenses par poste en droits constatés, 2009, modèle Comptes nationaux de la santé DREES

N° Détail	Prestation	Montant
1,2,4	Honoraires	96,14 €
3	Honoraires dentaires	24,60 €
10,11,12,13	Forfaits CMUC	62,59 €
5	Pharmacie	95,59 €
6	Autres biens médicaux	10,25 €
7,8,9	Autres prescriptions	23,04 €
14	Hôpital honoraires	75,96 €
14,15	Hôpital forfait hébergement	37,02 €
		425,19 €



CNAMTS, évolution de la dépense par postes en métropole pour 2008 et 2009

CNAMTS	Dépense	Montants unitaires			Croissance	
Métropole	2009	2007	2008	2009	2007/2008	2008/2009
Effectifs		3 129 463	2 954 033	2 871 243	-5,6%	-2,8%
Total	1 220 835 777,43 €	404,72 €	413,89 €	425,19 €	2,3%	2,7%
Ville	896 443 175,44 €	296,03 €	302,28 €	312,21 €	2,1%	3,3%
Hôpital	324 392 601,99 €	108,69 €	111,61 €	112,98 €	2,7%	1,2%
Ville	896 443 175,44 €	296,03 €	302,28 €	312,21 €	2,1%	3,3%
Honoraires médicaux (1,2)	217 437 604,98 €	69,45 €	72,09 €	75,73 €	3,8%	5,0%
Forfaits CMU (10,11,12,13)	179 704 656,02 €	56,93 €	59,59 €	62,59 €	4,7%	5,0%
Autres (3,4,5,6,7,8,9)	499 300 914,44 €	169,65 €	170,60 €	173,90 €	0,6%	1,9%
Hôpital	324 392 601,99 €	108,69 €	111,61 €	112,98 €	2,7%	1,2%
Honoraires du secteur public et Prestations (14)	218 092 229,87 €	74,27 €	73,12 €	75,96 €	-1,6%	3,9%
Forfait hospitalier (15)	106 300 372,12 €	34,42 €	38,49 €	37,02 €	11,8%	-3,8%
Détail	1 220 835 777,43 €	404,72 €	413,89 €	425,19 €	2,3%	2,7%
1 Honoraires des généralistes	146 008 014,03 €	45,86 €	47,45 €	50,85 €	3,5%	7,2%
2 Honoraires des spécialistes	71 429 590,95 €	23,59 €	24,64 €	24,88 €	4,5%	1,0%
3 Honoraires dentaires	70 642 645,43 €	23,49 €	23,72 €	24,60 €	1,0%	3,7%
4 Honoraires paramédicaux	58 595 362,52 €	18,73 €	19,96 €	20,41 €	6,6%	2,2%
5 Médicaments	274 462 253,85 €	97,37 €	95,35 €	95,59 €	-2,1%	0,2%
6 Dispositifs médicaux	29 443 869,06 €	8,60 €	9,36 €	10,25 €	8,8%	9,6%
7 Analyse et biologie	46 133 308,80 €	15,58 €	15,86 €	16,07 €	1,8%	1,3%
8 Frais de transport	17 997 368,83 €	5,18 €	5,70 €	6,27 €	9,9%	10,0%
9 Autres prestations en nature	2 026 105,95 €	0,69 €	0,65 €	0,71 €	-5,7%	9,2%
10 Forfaits proth. dentaires	137 850 106,65 €	43,86 €	45,14 €	48,01 €	2,9%	6,4%
11 Forfaits orthodontie	21 167 847,92 €	6,08 €	7,16 €	7,37 €	17,8%	2,9%
12 Forfaits optique médicale	19 105 414,80 €	6,52 €	6,71 €	6,65 €	2,9%	-0,8%
13 Forfaits proth. auditives	1 581 286,65 €	0,47 €	0,58 €	0,55 €	22,9%	-5,5%
14 Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières	218 092 229,87 €	74,27 €	73,12 €	75,96 €	-1,6%	3,9%
15 Forfait journalier	106 300 372,12 €	34,42 €	38,49 €	37,02 €	11,8%	-3,8%

Source : CNAMTS

3) Dépenses par départements

En métropole, 84 départements sur 96 et, 1 département dans les Dom, se situent au-delà du forfait annuel de 370 €, versé par le Fonds CMU à la CNAMTS en 2009 pour chaque bénéficiaire de la CMU-C.

66 départements de la métropole présentent un coût moyen inférieur ou égal à 425,19 €, montant du coût moyen de la métropole. Ils concentrent un peu plus des 2/3 des bénéficiaires et un peu moins des 2/3 de la dépense.

Les dix départements de métropole ayant les coûts moyens les plus élevés pour la dépense hospitalière ne comptent que pour 3,3 % des bénéficiaires et pour 3,9 % de la dépense totale de la métropole.

La carte de la dépense par départements se dessine par groupes assez compacts, qui ne coïncident pas toujours avec les découpages régionaux, ni avec la densité des bénéficiaires.

Pour 4 départements du Sud (06, 13, 31, 34), la dépense de ville dépasse fortement le coût moyen de 312,21 €. Ces dépassements sont à mettre en rapport avec une carte de la consommation de soins pour l'ensemble des ressortissants du régime général.

Dans les Dom, le coût moyen se situe à 370,05 €, mais il oscille en réalité entre 264,44 € en Martinique et 519,37 € en Guyane.

■ Indications techniques

Dans les départements d'Alsace (67 et 68), la CMU-C intervient après un taux de remboursement supérieur aux autres départements. Les montants des dépenses sont donc à moduler.

Le montant particulièrement élevé de la dépense hospitalière en Lozère est lié à la concentration d'établissements de longs séjours, qui accueillent des patients en provenance de la France entière. Cette explication peut valoir pour d'autres départements dont le montant pour cette dépense reste plus élevé que celui du ratio national.

Les 96 départements de la métropole sont regroupés par quintiles pour l'étude de la répartition de la dépense des départements.

Coûts moyens métropole, Dom, France entière en 2009

	Effectifs	Total	Ville		Hôpital	
		Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen
Métropole	2 871 243	425,19 €	312,21 €	100,75%	112,98 €	105,27%
DOM	486 939	370,05 €	296,08 €	95,55%	73,96 €	68,92%
France entière	3 358 181	417,20 €	309,88 €	100,00%	107,32 €	100,00%

Source : CNAMTS

CNAMTS, répartition des départements de métropole par rapport au forfait CMU-C, en droits constatés, 2009

		Nombre
<=	370,00 €	12
>	370,00 €	84
		96

Source : CNAMTS

CNAMTS, répartition des départements de métropole par rapport au coût moyen, en droits constatés, 2009

Coût moyen	Nombre Dpts	Effectifs	Pourcent Effectifs	Dépense	Pourcent Dépense
<= 425,19 €	66	1 901 301	66,2%	748 868 622,52 €	61,3%
> 425,19 €	30	969 942	33,8%	471 967 154,91 €	38,7%
	96	2 871 243	100,0%	1 220 835 777,43 €	100,0%

Source : CNAMTS

CNAMTS, répartition de la dépense des départements de métropole, en droits constatés, 2009

	Coût moyen	Dpt
Min	319,77 €	(68)Haut-Rhin
Médiane	407,55 €	
Moyenne	420,71 €	
Max -1	595,61 €	(19)Corrèze
Max	998,83 €	(48)Lozère

Source : CNAMTS

CNAMTS, répartition de la dépense des départements, ville & hôpital par quintiles, en droits constatés, métropole, 2009

Montants				Ville
>=	313,65 €	<=	436,86 €	20
>=	286,27 €	<	313,65 €	19
>=	269,27 €	<	286,27 €	19
>=	255,56 €	<	269,27 €	19
>=	219,64 €	<	255,56 €	19
				96

Montants				Hôpital
>=	147,74 €	<=	754,14 €	20
>=	130,99 €	<	147,74 €	19
>=	115,87 €	<	130,99 €	19
>=	100,89 €	<	115,87 €	19
>=	75,18 €	<	100,89 €	19
				96

Source : CNAMTS

CNAMTS, les 10 premiers départements pour la dépense hospitalière, métropole, droits constatés, 2009

Rang Hop	Département	Coût moyen	Ville	Hôpital	Coût total	Effectifs moyens CNAMTS + SLM
01	48 Lozère	998,83 €	244,70 €	754,14 €	2 129 303,40 €	2 132
02	19 Corrèze	595,61 €	275,73 €	319,88 €	3 697 529,87 €	6 208
03	15 Cantal	554,43 €	278,22 €	276,21 €	2 137 963,16 €	3 856
04	32 Gers	492,06 €	278,83 €	213,24 €	3 372 287,79 €	6 853
05	24 Dordogne	476,84 €	266,33 €	210,50 €	6 930 893,03 €	14 535
06	88 Vosges	499,80 €	290,05 €	209,75 €	7 599 425,54 €	15 205
07	55 Meuse	486,31 €	284,90 €	201,41 €	3 702 034,32 €	7 613
08	64 Pyrénées-Atlantiques	515,07 €	321,49 €	193,58 €	10 373 819,48 €	20 141
09	70 Haute-Saône	433,10 €	259,06 €	174,04 €	3 476 399,09 €	8 027
10	21 Côte-d'Or	481,31 €	309,47 €	171,84 €	4 661 282,34 €	9 685
Total 10 premiers					48 080 938,02 €	94 254
10 premiers / Métropole					3,9%	3,3%

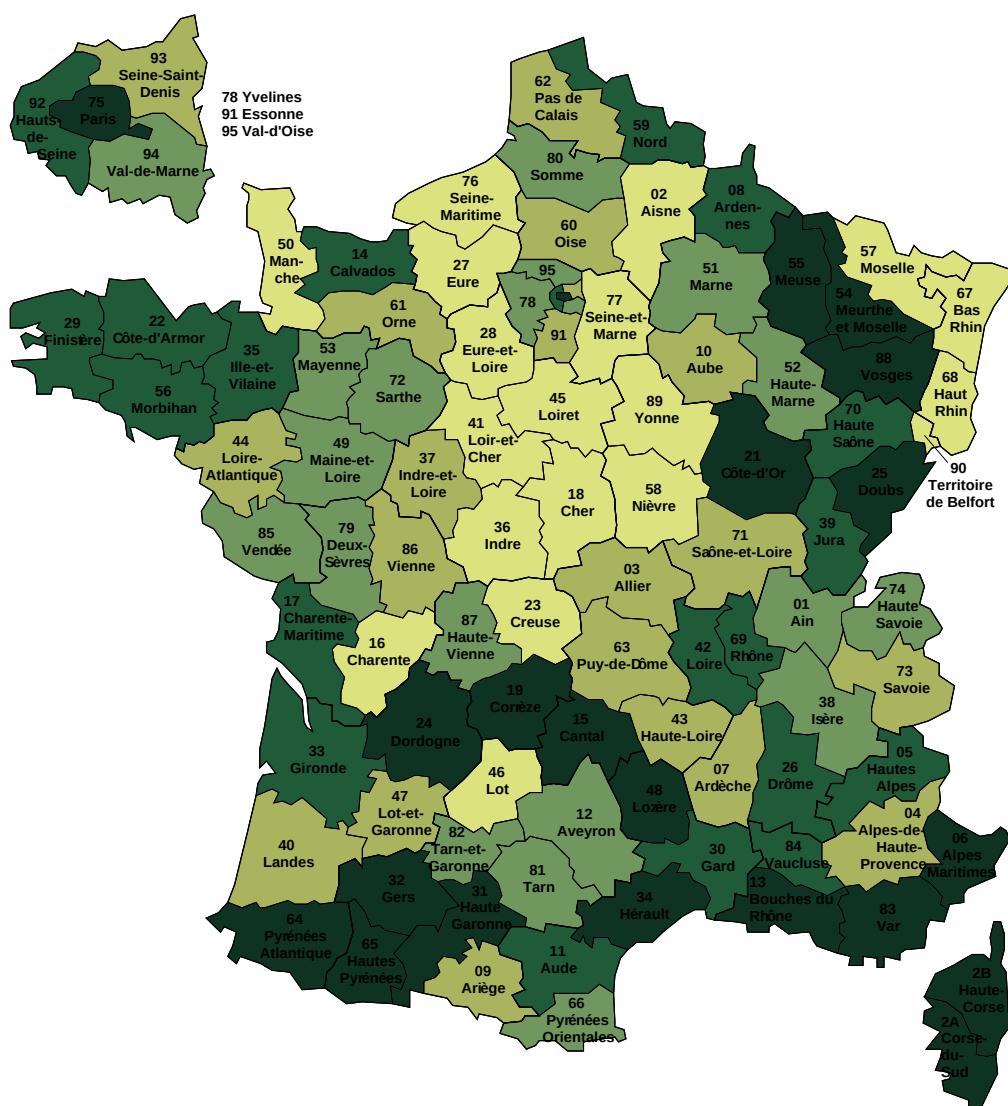
Source : CNAMTS

CNAMTS, répartition de la dépense pour la part CMU-C, par département, par quintiles, en droits constatés, métropole, 2009

Couleur	Montants	Nombre	Dépense	Pourcent Dépense
	>= 440,40 € <= 998,83 €	20	366 114 539,48 €	30,0%
	>= 415,63 € < 440,40 €	19	297 733 140,95 €	24,4%
	>= 396,57 € < 415,63 €	19	187 247 412,42 €	15,3%
	>= 379,06 € < 396,57 €	19	223 224 456,31 €	18,3%
	>= 319,77 € < 379,06 €	19	146 516 228,27 €	12,0%
		96	1 220 835 777,43 €	100,0%

Source : CNAMTS

Carte de la dépense moyenne par départements en métropole, en 2009



Source : CNAMTS / Réalisation : logiciel Philcarto



ANNUAIRE STATISTIQUE

1	CHIFFRES CLÉS	3
2	POINTS TECHNIQUES	4
3	EFFECTIFS CMU-C	6
4	DÉPENSE POUR LA PART CMU-C	12
5	EFFECTIFS CMU DE BASE	20
6	EFFECTIFS AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	21
7	ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION CMU	24
8	BUDGET DU FONDS CMU	28
9	MONTANTS DES PLAFONDS DE RESSOURCES ET DES MINIMA SOCIAUX	29
10	ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES	32

| Données effectifs et dépenses
Juillet 2011

| Mise à jour
24 octobre 2011

| Évolutions législatives
Octobre 2011

Contact annuaire statistique
Stéphane RUNFOLA
Fonds CMU
01 58 10 14 70

| 1 CHIFFRES CLÉS

| 1.1 CMU-C

- Effectifs – tous régimes : 4 403 703, métropole et dom, au 31/07/2011
- Effectifs – régime général : 3 995 784, métropole et dom, au 31/07/2011
- Évolution effectifs par rapport à fin décembre 2010 : + 1,8 %, métropole et dom
- Dépense part CMU-C – régime général : 1,488 Md€¹, en trésorerie, ACM, métropole et dom, au 31/07/2011
- Dépense par bénéficiaire – régime général : 436,60 €, en trésorerie, ACM, métropole et dom, au 31/07/2011
- Dépense de ville par bénéficiaire – régime général : 322,17 €, en trésorerie, ACM, métropole au 31/07/2011
- Évolution dépense de ville par bénéficiaire – régime général : +2,1 %, en trésorerie, ACM, métropole, au 31/07/2011
- Dépense réelle (en date de soin) pour la part CMU-C par bénéficiaire fin 2009 – régime général : France entière : 417,20 € – Métropole : 425,19 €
- Estimation dépense réelle part CMU-C, pour l'ensemble des régimes et les OC en 2010 : 1,723 Mrd €
- Montant total versé aux régimes obligatoires et aux organismes complémentaires au titre de la CMU-C pour 2010 : 1,726 Md€
- Montant reversement à la CNAMTS au titre de l'excédent 2010 : 101 M€

| 1.2 CMU DE BASE

- Effectifs – régime général : 2 156 271, métropole et dom, au 31/07/2011
- Évolution effectifs par rapport à fin décembre 2010 – régime général : – 1,8 %, métropole et dom

| 1.3 AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

- Bénéficiaires d'attestations – Tous régimes : 699 455, cumulé sur les 12 derniers mois au 31/07/2011
- Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation – Tous régimes : 560 425, au 31/05/2011

| 1.4 PLAFONDS DE RESSOURCES

- Pour bénéficier de la CMU-C : jusqu'à 7 771 € annuels, 648 € moyenne mensuelle, sur les 12 derniers mois, pour une personne seule, à compter du 1^{er} juillet 2011, en métropole
- Pour bénéficier de l'ACS : de plus de 7 771 € à 9 792 €, sur les 12 derniers mois, revenus mensuels moyens inclus dans une fourchette entre plus de 648 € et 816 €, soit jusqu'à 26 % en plus du plafond d'obtention de la CMU-C, en métropole
- Pour bénéficier de la CMU de base sans participation : 9 029 € annuels, pour l'année fiscale de référence, pour la période du 1^{er} octobre 2010 au 30 septembre 2011, puis 9 164 € pour la période du 1^{er} octobre 2011 au 30 septembre 2012, en métropole

¹ Md€ : Milliard d'euros, M€ : Millions d'euros

| 2 POINTS TECHNIQUES

| Estimations des effectifs

Pour les effectifs de la CNAMTS et du RSI, pour un mois M, on effectue une requête le 15 des mois M+2, M+3, M+4 et M+5. Les effectifs sont considérés comme définitifs à la dernière requête.

Exemple : Effectifs du mois de janvier. 1^{ère} requête effectuée le 15 mars, 2^{ème} le 15 avril, 3^{ème} le 15 mai, 4^{ème} le 15 juin. Les effectifs de janvier sont donc connus mais provisoires les 15 mars, 15 avril et 15 mai, et considérés comme définitifs avec la requête du 15 juin.

Les effectifs provisoires font l'objet d'une estimation. Les données brutes sont recalculées en y appliquant un coefficient établi à partir des moyennes, pour les 6 derniers mois, des décalages entre les données définitives et les données de la requête 1, 2 ou 3 selon le mois concerné.

Pour les effectifs de la CCMSA, on n'effectue que 3 requêtes.

Exemple : les effectifs de janvier sont définitifs avec la requête du 15 mai.

Les effectifs provisoires font l'objet d'une estimation calculée sur le même mode que pour la CNAMTS et le RSI.

Pour l'annuaire statistique, les chiffres au 31 décembre de l'année N-1 sont définitifs. Les chiffres publiés au cours de l'année N sont estimés. Ils évoluent à chaque publication.

| Effectifs SLM et petits régimes

En juillet 2011, le Fonds CMU et la CNAMTS (DSES) ont retravaillé sur les décomptes des effectifs des SLM. Les organismes retardataires dans la transmission des données ont été sollicités. Ce travail a permis de réintégrer 9 500 bénéficiaires de la CMU-C, de distinguer la métropole et les Dom et de créer un nouvel outil de saisie au Fonds CMU. Les nouveaux modes de saisie et de décomptes ont été appliqués sur les données à compter du mois de janvier 2011.

| Effectifs CMU-C – CCMSA

La CCMSA a mis en place un nouveau mode de décompte à partir du 1^{er} janvier 2010, ce mode englobe maintenant l'exhaustivité des bénéficiaires. Une réropolation a été effectuée fin juillet 2010 sur les exercices 2007, 2008, 2009.

| Effectifs CMU-C – RSI

En janvier 2011, un abattement de -6,0 % a été appliqué sur les effectifs du RSI, suite aux rapprochements avec les bases du RNIAM, pour les exercices 2007, 2008, 2009 et 2010. Il en découle que, par rapport aux séries antérieurement publiées, les effectifs sont inférieurs et les montants moyens pour la dépense sont supérieurs pour les quatre exercices concernés. L'abattement est susceptible d'être progressivement réduit à partir de 2011, au fur et à mesure de la résorption du décalage entre les bases du RSI et celle du RNIAM.

Le RSI transmet ses requêtes mensuelles avec des assurés bénéficiaires de la CMU-C qui ne sont rattachés à aucun département (700 en moyenne), et a fortiori aucune région. Ces assurés sont comptés dans les chiffres nationaux mais ne se retrouvent pas dans les données par départements ou région. D'où le décalage d'environ 700 assurés entre les chiffres globaux et le total des bénéficiaires par départements ou régions.

| Dépense CMU-C – Effectifs pris en compte pour le calcul du coût moyen

Le coût moyen se calcule en année complète mobile (ACM) pour l'exercice en cours, ou en année complète pour un exercice donné.

Pour la dépense, on reprend le total des 12 derniers mois glissants ou des 12 mois de l'année dans le cas d'un exercice complet.

Pour les effectifs, on calcule la moyenne des 12 derniers mois glissants, ou des 12 mois de l'exercice donné, pour les bénéficiaires de la CMU-C dont les droits sont gérés par le régime obligatoire concerné (CMU-C RO). Il est ainsi normal de constater, pour une date donnée, un décalage entre les effectifs CMU-C RO connus à échéance fixe et les effectifs moyens calculés sur les 12 mois qui précèdent cette échéance. Par ailleurs, le total des moyennes des effectifs de la métropole et des Dom peut différer de quelques unités par rapport à la moyenne métropole et Dom, compte tenu du fait que les chiffres sont présentés sans décimales.

| **Dépense CMU-C – Calcul du coût moyen CNAMTS**

La CNAMTS gère la dépense pour le régime général et pour les SLM. Il n'est pas possible d'isoler la dépense propre à la CNAMTS. C'est pourquoi le coût moyen CNAMTS est, en fait, calculé en ajoutant les effectifs des bénéficiaires de la CNAMTS et des SLM dont les droits sont gérés par le régime obligatoire (CMU-C RO)

| **Dépense CMU-C – Calcul du coût moyen CCMSA**

Les données pour les dépenses de la CCMSA dans les Dom sont insuffisamment fiables. En l'état actuel, le coût moyen dans les Dom ne dépasserait pas 100 €. Pour ce régime, il n'est pas envisageable de calculer une dépense moyenne « Métropole et Dom », qui serait faussée par le faible montant des Dom. C'est pourquoi on ne publie que la dépense moyenne « Métropole ».

| **Dépense Globale des bénéficiaires de la CMU-C**

Le montant total n'intègre pas les consultations externes.

| **Assiette de la contribution CMU**

Pour le 4^{ème} trimestre 2008 et le 1^{er} trimestre 2009, les chiffres sont bruts. Ils ne tiennent pas compte d'éventuels transferts d'opportunité à l'occasion du passage du taux de contribution de 2,50 % à 5,90 % en 2009.

Ces transferts ont été évalués à 327 millions :

- Mutuelles : 4 millions ;
- I. P. : 117 millions ;
- Assurances : 206 millions.

| **Prévisions**

Les informations ont été actualisées au 10 octobre 2011. Elles reprennent les prévisions budgétaires jusqu'en 2014, en isolant les prévisions d'effectifs CMU-C et ACS.

Les prévisions pour les effectifs ACS intègrent un relèvement du plafond ACS à + 26 % au dessus du plafond CMU-C en 2011 et à + 30 % au dessus du plafond CMU-C en 2012.

| **Évolutions législatives et réglementaires**

Les évolutions mentionnées sont celles qui sont susceptibles d'impacter les dispositifs de la CMU-B, de la CMU-C et de l'ACS du point de vue des effectifs et de la dépense. Cette partie de l'annuaire statistique a pour but d'apporter un éclairage en ce sens, elle n'a pas vocation à réunir l'exhaustivité des textes réglementant les dispositifs.

| 3 EFFECTIFS CMU-C

| 3.1 TOTAL DES EFFECTIFS CMU-C

| Au 31 juillet 2011

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 juillet 2011 *				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 459 180	536 604	3 995 784	585 524
Régime social des indépendants	215 759	10 445	226 204	49 274
Régime agricole	99 992	11 450	111 442	20 646
Autres régimes et SLM	62 570	7 703	70 273	26 870
Total Juillet 2011	3 837 501	566 202	4 403 703	682 314

* Données estimées

| Au 31 décembre 2010

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2010				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 399 679	540 446	3 940 125	570 499
Régime social des indépendants	202 253	9 842	212 095	45 344
Régime agricole	102 335	11 512	113 847	20 648
Autres régimes et SLM	60 512		60 512	16 563
Total Décembre 2010	3 764 779	561 800	4 326 579	653 054

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Tous_Regimes.xls

Origine : Rfcs_CMU

Sources : tous régimes

| 3.2 ÉVOLUTIONS MENSUELLES DES EFFECTIFS CMU-C

| De Janvier 2007 à Juillet 2011

Mois	CMUC_RO			CMUC_OC			Total CMUC	Taux croissance Mois M-1	Taux croissance Mois M-12
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total			
2007 janv	3 402 412	516 184	3 918 596	500 629	73 932	574 561	4 493 157	-0,33%	1,13%
2007 févr	3 408 528	516 857	3 925 385	502 553	72 591	575 144	4 500 529	0,16%	1,13%
2007 mars	3 414 631	516 280	3 930 911	503 106	72 020	575 126	4 506 037	0,12%	0,93%
2007 avr	3 417 128	518 602	3 935 730	501 727	71 210	572 937	4 508 667	0,06%	0,47%
2007 mai	3 414 791	520 856	3 935 647	501 601	70 299	571 900	4 507 547	-0,02%	0,27%
2007 juin	3 413 401	520 832	3 934 233	501 609	69 790	571 399	4 505 632	-0,04%	-0,02%
2007 juil	3 396 720	522 342	3 919 062	500 511	67 695	568 206	4 487 268	-0,41%	-0,11%
2007 août	3 388 490	524 158	3 912 648	500 265	67 066	567 331	4 479 979	-0,16%	-0,44%
2007 sept	3 377 693	523 453	3 901 146	498 896	66 146	565 042	4 466 188	-0,31%	-0,59%
2007 oct	3 350 994	522 827	3 873 821	496 680	64 986	561 666	4 435 486	-0,69%	-1,43%
2007 nov	3 312 924	523 715	3 836 639	494 018	64 159	558 177	4 394 815	-0,92%	-2,42%
2007 déc	3 314 495	523 349	3 837 844	492 500	63 554	556 054	4 393 897	-0,02%	-2,54%

Mois	CMUC_RO			CMUC_OC			Total CMUC	Taux croissance Mois M-1	Taux croissance Mois M-12
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total			
2008 janv	3 293 228	520 350	3 813 578	488 949	64 191	553 140	4 366 717	-0,62%	-2,81%
2008 févr	3 280 817	518 699	3 799 516	487 755	64 826	552 581	4 352 096	-0,33%	-3,30%
2008 mars	3 264 799	516 968	3 781 767	487 962	64 733	552 695	4 334 461	-0,41%	-3,81%
2008 avr	3 255 435	515 682	3 771 117	487 657	64 816	552 473	4 323 589	-0,25%	-4,10%
2008 mai	3 245 766	514 313	3 760 079	488 516	65 125	553 641	4 313 719	-0,23%	-4,30%
2008 juin	3 231 703	511 896	3 743 599	488 192	65 554	553 746	4 297 344	-0,38%	-4,62%
2008 juil	3 200 057	509 100	3 709 157	487 861	65 382	553 243	4 262 399	-0,81%	-5,01%
2008 août	3 178 451	505 831	3 684 282	488 829	65 348	554 177	4 238 458	-0,56%	-5,39%
2008 sept	3 167 256	503 997	3 671 253	490 083	65 165	555 248	4 226 500	-0,28%	-5,37%
2008 oct	3 149 341	501 024	3 650 365	494 179	64 910	559 089	4 209 453	-0,40%	-5,10%
2008 nov	3 130 855	497 971	3 628 826	496 140	63 896	560 036	4 188 861	-0,49%	-4,69%
2008 déc	3 123 645	498 916	3 622 561	499 266	65 039	564 305	4 186 865	-0,05%	-4,71%
2009 janv	3 116 827	501 079	3 617 906	502 513	66 534	569 047	4 186 953	0,00%	-4,12%
2009 févr	3 121 448	510 253	3 631 701	506 737	70 208	576 945	4 208 646	0,52%	-3,30%
2009 mars	3 127 741	513 955	3 641 696	513 046	70 718	583 764	4 225 460	0,40%	-2,51%
2009 avr	3 138 682	516 070	3 654 752	519 569	70 740	590 309	4 245 061	0,46%	-1,82%
2009 mai	3 145 018	515 824	3 660 842	524 127	69 765	593 892	4 254 733	0,23%	-1,37%
2009 juin	3 149 395	513 123	3 662 518	528 435	69 445	597 880	4 260 397	0,13%	-0,86%
2009 juil	3 135 940	510 679	3 646 619	532 328	69 144	601 472	4 248 091	-0,29%	-0,34%
2009 août	3 125 518	508 539	3 634 057	533 083	69 207	602 290	4 236 347	-0,28%	-0,05%
2009 sept	3 119 857	507 786	3 627 623	534 209	69 160	603 369	4 230 992	-0,13%	0,11%
2009 oct	3 085 972	501 890	3 587 862	532 326	68 587	600 913	4 188 774	-1,00%	-0,49%
2009 nov	3 078 677	500 285	3 578 962	534 129	68 597	602 726	4 181 688	-0,17%	-0,17%
2009 déc	3 076 085	497 657	3 573 742	538 000	67 574	605 574	4 179 315	-0,06%	-0,18%
2010 janv	3 066 810	497 172	3 563 982	540 984	67 011	607 995	4 171 977	-0,18%	-0,36%
2010 févr	3 076 330	497 184	3 573 514	546 603	66 139	612 742	4 186 255	0,34%	-0,53%
2010 mars	3 094 611	500 310	3 594 921	552 028	66 256	618 284	4 213 205	0,64%	-0,29%
2010 avr	3 113 149	503 963	3 617 112	558 052	67 135	625 187	4 242 299	0,69%	-0,07%
2010 mai	3 126 662	504 139	3 630 801	562 120	67 320	629 440	4 260 241	0,42%	0,13%
2010 juin	3 137 852	504 048	3 641 900	566 490	67 330	633 820	4 275 720	0,36%	0,36%
2010 juil	3 140 361	501 142	3 641 503	569 856	67 429	637 285	4 278 788	0,07%	0,72%
2010 août	3 153 044	498 810	3 651 854	573 416	67 399	640 815	4 292 669	0,32%	1,33%
2010 sept	3 170 129	497 788	3 667 917	578 665	68 088	646 753	4 314 670	0,51%	1,98%
2010 oct	3 163 671	495 744	3 659 415	578 855	67 750	646 605	4 306 020	-0,20%	2,80%
2010 nov	3 166 457	496 370	3 662 827	581 961	67 266	649 227	4 312 054	0,14%	3,12%
2010 déc	3 178 026	495 499	3 673 525	586 753	66 301	653 054	4 326 579	0,34%	3,52%
2011 janv	3 156 292	500 869	3 657 161	595 069	66 539	661 608	4 318 769	-0,18%	3,52%
2011 févr	3 169 436	500 761	3 670 197	599 704	66 037	665 741	4 335 938	0,40%	3,58%
2011 mars	3 179 704	501 613	3 681 317	602 657	65 940	668 597	4 349 914	0,32%	3,24%
2011 avr	3 189 667	499 452	3 689 119	606 333	65 683	672 016	4 361 135	0,26%	2,80%
2011 mai	3 207 159	500 581	3 707 740	609 468	65 907	675 375	4 383 115	0,50%	2,88%
2011 juin	3 224 553	502 513	3 727 066	614 869	66 516	681 385	4 408 451	0,58%	3,10%
2011 juil	3 221 233	500 156	3 721 389	616 268	66 046	682 314	4 403 703	-0,11%	2,92%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Tous_Regimes.xls -- Onglet :
Historique_Mensuel
Sources : tous régimes

3.3 ÉVOLUTIONS DES MOYENNES ANNUELLES DES EFFECTIFS

De 2007 à 2010

Année	Moyenne	Taux croissance N-1
Données connues		
2007	4 473 266	
2008	4 275 039	-4,43%
2009	4 220 538	-1,27%
2010	4 265 040	1,05%

G:\Statistiques
CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX
\Suivi_Effectifs_Tous_Regimes.xls
Onglet : Historique_Mensuel
Sources : tous régimes

3.4 EFFECTIFS CMU-C PAR RÉGIONS

CNAMTS, RSI, CCMSA

Décembre 2010

Région	Effectifs CMUC	Population	CMUC / Po pulation	Répartition CMUC	Répartition Population	Pourcent RO	Pourcent OC
Ile-de-France	703 682	11 802 493	6,0%	16,5%	18,0%	92,9%	7,1%
Champagne-Ardenne	91 705	1 376 064	6,7%	2,1%	2,1%	87,4%	12,6%
Picardie	126 033	1 953 654	6,5%	3,0%	3,0%	90,8%	9,2%
Haute-Normandie	112 693	1 866 828	6,0%	2,6%	2,9%	79,2%	20,8%
Centre	145 255	2 602 432	5,6%	3,4%	4,0%	76,6%	23,4%
Basse-Normandie	72 546	1 511 388	4,8%	1,7%	2,3%	67,0%	33,0%
Bourgogne	79 538	1 690 421	4,7%	1,9%	2,6%	70,6%	29,4%
Nord-Pas-de-Calais	396 720	4 093 568	9,7%	9,3%	6,3%	90,1%	9,9%
Lorraine	129 763	2 400 857	5,4%	3,0%	3,7%	81,7%	18,3%
Alsace	81 641	1 869 627	4,4%	1,9%	2,9%	91,4%	8,6%
Franche-Comté	60 122	1 200 269	5,0%	1,4%	1,8%	73,6%	26,4%
Pays-de-la-Loire	152 331	3 612 856	4,2%	3,6%	5,5%	70,9%	29,1%
Bretagne	113 190	3 249 767	3,5%	2,7%	5,0%	64,7%	35,3%
Poitou-Charentes	100 966	1 806 432	5,6%	2,4%	2,8%	80,1%	19,9%
Aquitaine	163 530	3 264 490	5,0%	3,8%	5,0%	82,9%	17,1%
Midi-Pyrénées	163 285	2 918 383	5,6%	3,8%	4,5%	86,5%	13,5%
Limousin	42 124	762 753	5,5%	1,0%	1,2%	85,2%	14,8%
Rhône-Alpes	289 685	6 267 485	4,6%	6,8%	9,6%	71,4%	28,6%
Auvergne	64 144	1 383 828	4,6%	1,5%	2,1%	77,9%	22,1%
Languedoc-Roussillon	239 126	2 637 077	9,1%	5,6%	4,0%	88,9%	11,1%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	362 552	4 964 834	7,3%	8,5%	7,6%	94,3%	5,7%
Corse	13 281	308 112	4,3%	0,3%	0,5%	90,9%	9,1%
Départements d'Outre-Mer	561 800	1 850 273	30,4%	13,2%	2,8%	88,2%	11,8%
Métropole	3 703 912	63 543 618	5,8%	86,8%	97,2%	84,6%	15,4%
France entière	4 265 712	65 393 891	6,5%	100,0%	100,0%	85,1%	14,9%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Departements_Regions.xls

Origine : Indicateurs Régions

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

3.5 EFFECTIFS CMU-C PAR DÉPARTEMENT

CNAMTS, RSI, CCMSA

Décembre 2010

Num Dpt	Département	CMU-C RO	CMU-C OC	Total CMU-C	Population	CMU-C / Population
01	Ain	9 971	7 514	17 485	598 323	2,9%
02	Aisne	35 645	5 696	41 341	553 555	7,5%
03	Allier	17 707	2 373	20 080	353 315	5,7%
04	Alpes-de-Haute-Provence	6 812	1 069	7 881	162 911	4,8%
05	Hautes-Alpes	3 509	766	4 275	139 497	3,1%
06	Alpes-Maritimes	47 200	2 445	49 645	1 099 416	4,5%
07	Ardèche	8 028	7 863	15 891	321 453	4,9%
08	Ardennes	22 992	3 087	26 079	292 722	8,9%
09	Ariège	10 015	1 833	11 848	155 530	7,6%
10	Aube	19 892	2 223	22 115	309 689	7,1%
11	Aude	28 698	3 260	31 958	358 293	8,9%
12	Aveyron	8 096	1 925	10 021	287 535	3,5%
13	Bouches-du-Rhône	192 417	4 428	196 845	1 992 855	9,9%
14	Calvados	20 644	14 983	35 627	694 156	5,1%
15	Cantal	4 559	917	5 476	154 824	3,5%
16	Charente	20 317	3 379	23 696	364 247	6,5%
17	Charente-Maritime	27 817	7 074	34 891	629 612	5,5%
18	Cher	18 993	3 529	22 522	321 810	7,0%
19	Corrèze	8 126	975	9 101	251 503	3,6%
201	Corse-du-Sud	4 575	636	5 211	143 386	3,6%
202	Haute-Corse	7 504	566	8 070	164 726	4,9%
21	Côte-d'Or	14 945	8 108	23 053	535 391	4,3%
22	Côtes-d'Armor	12 785	8 171	20 956	602 478	3,5%
23	Creuse	6 175	1 627	7 802	128 799	6,1%
24	Dordogne	18 353	3 040	21 393	421 941	5,1%
25	Doubs	21 705	7 135	28 840	537 560	5,4%
26	Drôme	10 550	18 388	28 938	492 508	5,9%
27	Eure	24 472	3 996	28 468	593 037	4,8%
28	Eure-et-Loir	16 738	5 715	22 453	435 045	5,2%
29	Finistère	18 827	12 299	31 126	921 568	3,4%
30	Gard	61 879	5 960	67 839	709 776	9,6%
31	Haute-Garonne	63 315	8 858	72 173	1 239 903	5,8%
32	Gers	7 784	1 065	8 849	192 561	4,6%
33	Gironde	63 410	13 110	76 520	1 450 039	5,3%
34	Hérault	76 369	13 627	89 996	1 037 686	8,7%
35	Ille-et-Vilaine	27 228	10 035	37 263	992 575	3,8%
36	Indre	10 700	1 838	12 538	239 332	5,2%
37	Indre-et-Loire	20 337	8 660	28 997	600 106	4,8%
38	Isère	39 596	11 799	51 395	1 214 776	4,2%
39	Jura	7 658	2 797	10 455	271 220	3,9%
40	Landes	12 620	3 447	16 067	386 160	4,2%
41	Loir-et-Cher	11 633	6 553	18 186	337 226	5,4%
42	Loire	25 829	14 236	40 065	759 948	5,3%
43	Haute-Loire	3 773	3 269	7 042	229 966	3,1%
44	Loire-Atlantique	37 303	17 189	54 492	1 290 533	4,2%
45	Loiret	32 821	7 738	40 559	668 913	6,1%
46	Lot	6 888	1 149	8 037	179 416	4,5%
47	Lot-et-Garonne	18 532	1 777	20 309	337 883	6,0%
48	Lozère	3 042	381	3 423	81 083	4,2%
49	Maine-et-Loire	27 353	9 567	36 920	798 434	4,6%
50	Manche	14 866	5 801	20 667	515 207	4,0%
51	Marne	28 653	4 014	32 667	580 265	5,6%
52	Haute-Marne	8 573	2 271	10 844	193 388	5,6%
53	Mayenne	7 869	3 497	11 366	312 975	3,6%
54	Meurthe-et-Moselle	37 072	8 975	46 047	742 904	6,2%
55	Meuse	8 200	3 310	11 510	200 437	5,7%
56	Morbihan	14 386	9 459	23 845	733 146	3,3%

Num Dpt	Département	CMU-C RO	CMU-C OC	Total CMU-C	Population	CMU-C / Population
57	Moselle	45 013	4 636	49 649	1 063 760	4,7%
58	Nièvre	8 764	3 578	12 342	228 184	5,4%
59	Nord	227 775	24 977	252 752	2 606 369	9,7%
60	Oise	37 127	3 494	40 621	819 190	5,0%
61	Orne	13 072	3 180	16 252	302 025	5,4%
62	Pas-de-Calais	129 680	14 288	143 968	1 487 199	9,7%
63	Puy-de-Dôme	23 906	7 640	31 546	645 723	4,9%
64	Pyrénées-Atlantiques	22 589	6 652	29 241	668 467	4,4%
65	Hautes-Pyrénées	10 621	1 697	12 318	237 490	5,2%
66	Pyrénées-Orientales	42 691	3 219	45 910	450 239	10,2%
67	Bas-Rhin	43 445	4 196	47 641	1 109 002	4,3%
68	Haut-Rhin	31 162	2 838	34 000	760 625	4,5%
69	Rhône	90 622	13 887	104 509	1 720 308	6,1%
70	Haute-Saône	8 758	2 077	10 835	246 129	4,4%
71	Saône-et-Loire	18 613	7 162	25 775	573 235	4,5%
72	Sarthe	23 866	7 116	30 982	574 691	5,4%
73	Savoie	7 812	4 644	12 456	422 149	3,0%
74	Haute-Savoie	14 358	4 588	18 946	738 020	2,6%
75	Paris	144 570	9 194	153 764	2 233 818	6,9%
76	Seine-Maritime	64 825	19 400	84 225	1 273 791	6,6%
77	Seine-et-Marne	43 333	12 062	55 395	1 325 235	4,2%
78	Yvelines	42 125	8 058	50 183	1 432 114	3,5%
79	Deux-Sèvres	11 141	4 970	16 111	376 686	4,3%
80	Somme	41 688	2 383	44 071	580 909	7,6%
81	Tarn	19 729	3 155	22 884	383 585	6,0%
82	Tarn-et-Garonne	14 762	2 393	17 155	242 363	7,1%
83	Var	53 359	7 946	61 305	1 018 976	6,0%
84	Vaucluse	38 496	4 105	42 601	551 179	7,7%
85	Vendée	11 578	6 993	18 571	636 223	2,9%
86	Vienne	21 591	4 677	26 268	435 887	6,0%
87	Haute-Vienne	21 577	3 644	25 221	382 451	6,6%
88	Vosges	15 751	6 806	22 557	393 756	5,7%
89	Yonne	13 863	4 505	18 368	353 611	5,2%
90	Territoire-de-Belfort	6 110	3 882	9 992	145 360	6,9%
91	Essonne	51 138	1 395	52 533	1 221 722	4,3%
92	Hauts-de-Seine	60 986	4 824	65 810	1 566 668	4,2%
93	Seine-Saint-Denis	165 789	8 254	174 043	1 518 225	11,5%
94	Val-de-Marne	75 565	4 821	80 386	1 323 389	6,1%
95	Val-d'Oise	70 196	1 372	71 568	1 181 322	6,1%
971	Guadeloupe	51 564	46 838	98 402	408 299	24,1%
972	Martinique	87 864	19 293	107 157	403 795	26,5%
973	Guyane	75 286	154	75 440	221 178	34,1%
974	La-Reunion	280 785	16	280 801	817 001	34,4%
Total métropole		3 133 802	570 110	3 703 912	63 543 618	5,8%
Total Dom		495 499	66 301	561 800	1 850 273	30,4%
Total métropole et Dom		3 629 301	636 411	4 265 712	65 393 891	6,5%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Departements_Regions.xls

Onglet : Indicateurs

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

Couleur	Pourcentage population	Nombre	Effectifs	Pourcent Effectifs
>= 6,6% <= 11,5%		20	1 504 245	40,6%
>= 5,5% < 6,6%		19	738 993	20,0%
>= 4,8% < 5,5%		19	478 890	12,9%
>= 4,2% < 4,8%		19	651 272	17,6%
>= 2,6% < 4,2%		19	330 512	8,9%
		96	3 703 912	100,0%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Departements.xls

Onglet : Répartition_Dpts

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outil carte : Philcarto

4 DÉPENSE POUR LA PART CMU-C

4.1 DÉPENSE EN TRÉSORERIE – ACM

CNAMTS et SLM

Juillet 2011

Métropole et Dom

Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu	Exercice			
juillet 2011	Métropole_et_Dom	Exercice_et_Antérieur			
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM	3 408 943	Indice ACM	2,1%	
	Total	Indices	Coût Unitaire Annuel		
	12 derniers mois	ACM	Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
Total	1 488 355 813,35 €	4,6%	436,60 €	100,0%	2,4%
Ville	1 091 944 966,77 €	4,3%	320,32 €	73,4%	2,1%
Hôpital	396 410 846,58 €	5,4%	116,29 €	26,6%	3,2%

Métropole

Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu	Exercice			
juillet 2011	Métropole	Exercice_et_Antérieur			
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM	2 931 053	Indice ACM	2,6%	
	Total	Indices	Coût Unitaire Annuel		
	12 derniers mois	ACM	Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
Total	1 302 782 715,73 €	5,1%	444,48 €	100,0%	2,4%
Ville	944 288 701,98 €	4,8%	322,17 €	72,5%	2,1%
Hôpital	358 494 013,75 €	5,9%	122,31 €	27,5%	3,2%

CNAMTS et SLM

Décembre 2010

Métropole et Dom

Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu	Exercice			
décembre 2010	Métropole_et_Dom	Exercice_et_Antérieur			
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO	3 363 069	Indice ACM	0,1%	
	ACM – CNAMTS + SLM				
	Total	Indices	Coût Unitaire Annuel		
	12 derniers mois	ACM	Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
Total	1 447 922 790,80 €	3,4%	430,54 €	100,0%	3,3%
Ville	1 061 242 589,19 €	2,5%	315,56 €	73,3%	2,4%
Hôpital	386 680 201,61 €	6,0%	114,98 €	26,7%	5,9%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_ACM_Indicateurs.xls
Presentation_002

Sources : CNAMTS et SLM

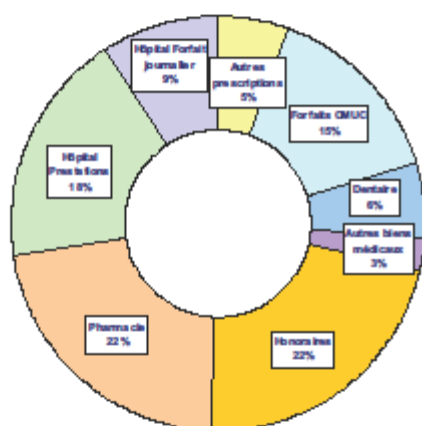
Métropole

Régime	CNAMTS			
Mois	Lieu	Exercice		
décembre 2010	Métropole	Exercice_et_Antérieur		
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM	2 884 334	Indice ACM	0,5%
	Total	Indices	Coût Unitaire Annuel	
	12 derniers mois	ACM	Montant	% Coût Unitaire Annuel
Total	1 265 210 603,81 €	3,6%	438,65 €	100,0%
Ville	916 126 756,86 €	2,7%	317,62 €	72,4%
Hôpital	349 083 846,95 €	6,1%	121,03 €	27,6%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_ACM_Indicateurs.xls

Présentation_002

Sources : CNAMTS et SLM



G:\Statistiques
CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi
_Depenses_ACM_Indicateurs.xls
Présentation_001
Sources : CNAMTS et SLM – Répartition par postes de
dépenses – Modèle Comptes nationaux de la santé DREES

4.2 ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE TRÉSORERIE – ACM

CNAMTS et SLM – Métropole & Dom

Juillet 2011

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2007 déc	3 627 130	-0,1%	1 471 876 853,01 €	8,0%	405,80 €	8,2%
2008 déc	3 441 547	-5,1%	1 409 727 258,91 €	-4,2%	409,62 €	0,9%
2009 déc	3 358 181	-2,4%	1 399 942 525,09 €	-0,7%	416,88 €	1,8%
2010 déc	3 363 069	0,1%	1 447 922 790,80 €	3,4%	430,54 €	3,3%
2010 janv	3 354 056	-2,1%	1 400 022 038,48 €	0,0%	417,41 €	2,2%
2010 févr	3 349 367	-1,9%	1 401 748 390,80 €	0,8%	418,51 €	2,7%
2010 mars	3 345 432	-1,7%	1 412 998 291,45 €	1,0%	422,37 €	2,8%
2010 avr	3 342 467	-1,5%	1 414 146 767,24 €	1,3%	423,08 €	2,9%
2010 mai	3 340 035	-1,4%	1 420 868 992,87 €	2,1%	425,41 €	3,5%
2010 juin	3 338 299	-1,2%	1 426 709 552,86 €	2,2%	427,38 €	3,4%
2010 juil	3 337 789	-1,1%	1 422 946 590,96 €	2,1%	426,31 €	3,3%
2010 août	3 339 077	-1,0%	1 430 508 160,79 €	2,2%	428,41 €	3,2%
2010 sept	3 342 084	-0,8%	1 433 332 965,82 €	2,4%	428,87 €	3,2%
2010 oct	3 347 973	-0,5%	1 430 250 044,40 €	2,4%	427,20 €	2,9%
2010 nov	3 354 876	-0,2%	1 437 010 294,94 €	2,2%	428,33 €	2,4%
2010 déc	3 363 069	0,1%	1 447 922 790,80 €	3,4%	430,54 €	3,3%
2011 janv	3 370 504	0,5%	1 454 985 913,05 €	3,9%	431,68 €	3,4%
2011 févr	3 378 149	0,9%	1 466 960 352,71 €	4,7%	434,25 €	3,8%
2011 mars	3 385 028	1,2%	1 474 674 583,68 €	4,4%	435,65 €	3,1%
2011 avr	3 390 611	1,4%	1 474 957 503,64 €	4,3%	435,01 €	2,8%
2011 mai	3 396 527	1,7%	1 495 737 415,26 €	5,3%	440,37 €	3,5%
2011 juin	3 402 963	1,9%	1 488 892 825,05 €	4,2%	436,94 €	2,2%
2011 juil	3 408 914	2,1%	1 488 355 813,35 €	4,6%	436,61 €	2,4%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_ACM_Tableaux.xls

Présentation_004

Sources : CNAMTS et SLM

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2007 déc	142 326	4,1%	48 152 181,99 €	15,1%	338,32 €	10,5%
2008 déc	147 731	3,8%	49 854 965,51 €	3,5%	337,47 €	-0,3%
2009 déc	147 823	0,1%	49 581 096,87 €	-0,5%	335,41 €	-0,6%
2010 déc	160 018	8,2%	49 621 555,31 €	0,1%	310,10 €	-7,5%
2010 janv	148 282	0,4%	49 282 037,62 €	-0,7%	332,35 €	-1,1%
2010 févr	148 864	0,7%	49 226 967,95 €	-0,5%	330,68 €	-1,2%
2010 mars	149 566	1,2%	49 219 039,75 €	-1,6%	329,08 €	-2,8%
2010 avr	150 339	1,8%	49 127 354,03 €	-1,1%	326,78 €	-2,8%
2010 mai	151 280	2,4%	49 270 717,62 €	-0,6%	325,69 €	-2,9%
2010 juin	152 327	3,2%	49 296 008,87 €	-0,5%	323,62 €	-3,5%
2010 juil	153 504	4,0%	49 043 453,33 €	-0,9%	319,49 €	-4,7%
2010 août	154 836	5,0%	49 162 116,80 €	-1,3%	317,51 €	-6,0%
2010 s ept	156 350	6,2%	49 167 487,77 €	-1,0%	314,47 €	-6,8%
2010 oct	157 588	7,0%	48 987 893,08 €	-0,9%	310,86 €	-7,3%
2010 nov	158 806	7,6%	49 233 188,57 €	-1,0%	310,02 €	-8,0%
2010 déc	160 018	8,2%	49 621 555,31 €	0,1%	310,10 €	-7,5%
2011 janv	161 292	8,8%	50 178 753,33 €	1,8%	311,11 €	-6,4%
2011 févr	162 619	9,2%	50 682 002,02 €	3,0%	311,66 €	-5,8%
2011 mars	163 815	9,5%	51 013 375,50 €	3,6%	311,41 €	-5,4%
2011 avr	165 048	9,8%	51 069 929,81 €	4,0%	309,42 €	-5,3%
2011 mai	166 262	9,9%	52 570 666,78 €	6,7%	316,19 €	-2,9%
2011 juin	167 557	10,0%	53 002 040,48 €	7,5%	316,32 €	-2,3%
2011 juil	168 879	10,0%	53 469 914,18 €	9,0%	316,62 €	-0,9%

G:\Statistiques CM\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_ACM_Tableaux.xls

Présentation_004

Source : RSI

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2007 déc	111 778	-6,1%	41 421 369,84 €	4,4%	370,57 €	11,2%
2008 déc	108 247	-3,2%	40 255 875,07 €	-2,8%	371,89 €	0,4%
2009 déc	99 060	-8,5%	36 879 456,86 €	-8,4%	372,29 €	0,1%
2010 déc	87 565	-11,6%	32 356 099,67 €	-12,3%	369,51 €	-0,7%
2010 janv	98 239	-8,6%	36 392 269,06 €	-8,8%	370,45 €	-0,1%
2010 févr	97 492	-8,7%	35 996 943,01 €	-9,1%	369,23 €	-0,5%
2010 mars	96 831	-8,5%	35 877 806,11 €	-9,2%	370,52 €	-0,7%
2010 avr	95 906	-8,8%	35 616 313,58 €	-8,5%	371,37 €	0,2%
2010 mai	94 930	-9,1%	35 390 353,77 €	-7,8%	372,80 €	1,4%
2010 juin	93 949	-9,4%	34 954 127,12 €	-8,3%	372,05 €	1,2%
2010 juil	92 912	-9,8%	34 318 598,58 €	-9,2%	369,37 €	0,7%
2010 août	91 836	-10,2%	34 010 614,85 €	-9,8%	370,34 €	0,5%
2010 sept	90 751	-10,6%	33 725 671,75 €	-9,9%	371,63 €	0,8%
2010 oct	89 659	-11,0%	33 186 803,25 €	-10,7%	370,14 €	0,4%
2010 nov	88 595	-11,3%	32 707 748,72 €	-11,9%	369,18 €	-0,7%
2010 déc	87 565	-11,6%	32 356 099,67 €	-12,3%	369,51 €	-0,7%
2011 janv	86 669	-11,8%	32 388 335,70 €	-11,0%	373,70 €	0,9%
2011 févr	85 818	-12,0%	32 172 474,52 €	-10,6%	374,89 €	1,5%
2011 mars	85 020	-12,2%	31 732 679,22 €	-11,6%	373,24 €	0,7%
2011 avr	84 255	-12,1%	31 397 833,72 €	-11,8%	372,65 €	0,3%
2011 mai	83 541	-12,0%	31 598 336,47 €	-10,7%	378,24 €	1,5%
2011 juin	82 930	-11,7%	31 081 443,53 €	-11,1%	374,79 €	0,7%
2011 juil	82 373	-11,3%	30 858 006,25 €	-10,1%	374,61 €	1,4%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_ACM_Tableaux.xls

Présentation_004

Source : CCMSA

4.3 ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE RÉELLE PAR POSTE – SUR 3 ANS

CNAMTS et SLM

Décembre 2009

CNAMTS	Dépense	Montants unitaires			Croissance	
Métropole et Dom	2009	2007	2008	2009	2007/2008	2008/2009
Effectifs CMU-C RO		3 627 130	3 441 547	3 358 181	-5,12%	-2,42%
Total	1 401 025 078,64€	397,93 €	407,37 €	417,20 €	2,37%	2,41%
Ville	1 040 618 252,16€	293,88 €	301,22 €	309,88 €	2,50%	2,87%
Hôpital	360 407 826,48€	104,06 €	106,15 €	107,32 €	2,01%	1,10%
Ville	1 040 618 252,16€	293,88 €	301,22 €	309,88 €	2,50%	2,87%
Honoraires médicaux (1,2)	252 407 216,82€	68,90 €	72,13 €	75,16 €	4,57%	4,21%
Forfaits CMU (10,11,12,13)	201 975 966,86€	54,59 €	57,39 €	60,14 €	5,13%	4,81%
Autres (3,4,5,6,7,8,9)	586 235 068,48€	170,38 €	171,71 €	174,57 €	0,78%	1,66%
Hôpital	360 407 826,48€	104,06 €	106,15 €	107,32 €	2,01%	1,10%
Honoraires du secteur public et Prestations (14)	245 536 520,59€	71,94 €	70,46 €	73,12 €	-2,06%	3,77%
Forfait hospitalier (15)	114 869 305,89€	32,11 €	35,69 €	34,21 €	11,14%	-4,15%
Détail	1 401 025 078,64€	397,93 €	407,37 €	417,20 €	2,37%	2,41%
1 Honoraires des généralistes	171 285 430,92€	45,94 €	48,08 €	51,01 €	4,64%	6,09%
2 Honoraires des spécialistes	81 121 785,90€	22,96 €	24,05 €	24,16 €	4,73%	0,45%
3 Honoraires dentaires	80 539 635,74€	22,93 €	23,25 €	23,98 €	1,39%	3,16%
4 Honoraires paramédicaux	70 680 295,26€	19,12 €	20,59 €	21,05 €	7,67%	2,21%
5 Médicaments	320 004 048,87€	97,54 €	95,40 €	95,29 €	-2,19%	-0,11%
6 Dispositifs médicaux	35 875 489,27€	8,80 €	9,61 €	10,68 €	9,19%	11,19%
7 Analyse et biologie	55 265 656,51€	15,95 €	16,28 €	16,46 €	2,10%	1,08%
8 Frais de transport	21 740 117,28€	5,44 €	6,00 €	6,47 €	10,40%	7,84%
9 Autres prestations en nature	2 129 825,55€	0,61 €	0,58 €	0,63 €	-5,30%	9,80%
10 Forfaits proth. dentaires	155 932 618,32€	42,33 €	43,76 €	46,43 €	3,38%	6,11%
11 Forfaits orthodontie	23 319 178,27€	5,63 €	6,70 €	6,94 €	18,93%	3,67%
12 Forfaits optique médicale	20 920 266,68€	6,15 €	6,36 €	6,23 €	3,48%	-2,12%
13 Forfaits proth. auditives	1 808 903,59€	0,48 €	0,56 €	0,54 €	18,62%	-4,73%
14 Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières	245 536 520,59€	71,94 €	70,46 €	73,12 €	-2,06%	3,77%
15 Forfait journalier	114 869 305,89€	32,11 €	35,69 €	34,21 €	11,14%	-4,15%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_Reelles.xls

Présentation_005

Source : CNAMTS et SLM

4.4 DÉPENSE RÉELLE FRANCE ENTIÈRE ET PAR DÉPARTEMENT

CNAMTS et SLM

Décembre 2009

	Effectifs	Total	Ville		Hôpital	
		Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen
Métropole	2 871 243	425,19 €	312,21 €	100,75%	112,98 €	105,27%
Dom	486 939	370,05 €	296,08 €	95,55%	73,96 €	68,92%
France entière	3 358 181	417,20 €	309,88 €	100,00%	107,32 €	100,00%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Dépenses_Réelles_Par_Département.xls
Classement_Dpts – Bas de page

Pour chaque colonne concernée, les données de couleur bleue se situent à l'intérieur du premier décile et les données de couleur orange à l'intérieur du dernier.

Département	Effectifs	Total Coût moyen	Ville		Hôpital	
			Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen
01 Ain	9 047	406,16 €	270,50 €	87,29%	135,66 €	126,41%
02 Aisne	33 624	366,22 €	269,27 €	86,90%	96,95 €	90,34%
03 Allier	16 716	389,54 €	251,92 €	81,30%	137,63 €	128,24%
04 Alpes-Haute-Provence	5 955	393,55 €	290,96 €	93,89%	102,59 €	95,59%
05 Hautes-Alpes	2 793	427,05 €	265,51 €	85,68%	161,53 €	150,51%
06 Alpes-Maritimes	42 208	524,52 €	403,30 €	130,15%	121,22 €	112,95%
07 Ardèche	6 352	384,14 €	246,97 €	79,70%	137,17 €	127,81%
08 Ardennes	20 805	421,61 €	305,74 €	98,67%	115,87 €	107,96%
09 Ariège	8 306	380,38 €	286,53 €	93,11%	91,85 €	85,58%
10 Aube	18 791	389,48 €	280,08 €	90,38%	109,40 €	101,94%
11 Aude	24 273	428,43 €	330,39 €	106,62%	98,03 €	91,34%
12 Aveyron	7 374	413,40 €	267,55 €	86,34%	145,85 €	135,90%
13 Bouches-du-Rhône	184 143	537,33 €	436,86 €	140,98%	100,48 €	93,62%
14 Calvados	19 266	430,89 €	282,74 €	91,24%	148,15 €	138,04%
15 Cantal	3 856	554,43 €	278,22 €	89,78%	276,21 €	257,37%
16 Charente	16 685	370,22 €	259,89 €	83,87%	110,33 €	102,80%
17 Charente-Maritime	23 992	427,67 €	288,55 €	93,12%	139,13 €	129,64%
18 Cher	15 919	356,03 €	246,39 €	79,51%	109,64 €	102,16%
19 Corrèze	6 208	595,61 €	275,73 €	88,98%	319,88 €	298,06%
20 Corse-du-Sud	4 374	447,25 €	320,40 €	103,40%	126,85 €	118,19%
202 Haute-Corse	7 578	440,40 €	339,00 €	109,40%	101,39 €	94,48%
21 Côte-d'Or	9 685	481,31 €	309,47 €	99,87%	171,84 €	160,12%
22 Côtes-d'Armor	11 026	417,00 €	267,54 €	86,34%	149,46 €	139,26%
23 Creuse	5 276	371,27 €	231,16 €	74,60%	140,12 €	130,56%
24 Dordogne	14 535	476,84 €	266,33 €	85,95%	210,50 €	196,14%
25 Doubs	21 248	447,51 €	299,77 €	96,74%	147,74 €	137,66%
26 Drôme	7 584	436,40 €	293,50 €	94,72%	142,90 €	133,15%
27 Eure	21 474	355,74 €	225,68 €	72,83%	130,06 €	121,19%
28 Eure-et-Loir	14 385	355,18 €	254,29 €	82,06%	100,89 €	94,01%
29 Finistère	17 540	434,01 €	275,88 €	89,03%	158,13 €	147,34%
30 Gard	52 999	438,68 €	343,27 €	110,78%	95,41 €	88,90%
31 Haute-Garonne	57 394	510,04 €	378,74 €	122,22%	131,30 €	122,34%
32 Gers	6 853	492,06 €	278,83 €	89,98%	213,24 €	198,69%
33 Gironde	52 437	420,28 €	315,50 €	101,82%	104,78 €	97,63%
34 Hérault	68 178	490,79 €	399,88 €	126,14%	99,91 €	93,09%
35 Ille-et-Vilaine	24 215	415,63 €	287,51 €	92,78%	128,12 €	119,38%
36 Indre	8 291	350,93 €	259,62 €	83,78%	91,31 €	85,08%
37 Indre-et-Loire	16 843	388,57 €	273,32 €	88,20%	115,26 €	107,39%
38 Isère	34 819	413,26 €	290,81 €	93,85%	122,45 €	114,10%
39 Jura	7 567	422,34 €	259,46 €	83,73%	162,89 €	151,77%
40 Landes	10 672	380,33 €	285,65 €	92,18%	94,68 €	88,22%
41 Loir-et-Cher	9 900	367,88 €	243,34 €	78,53%	124,54 €	116,04%
42 Loire	23 507	421,73 €	286,27 €	92,38%	135,46 €	126,22%
43 Haute-Loire	3 318	389,57 €	249,97 €	80,67%	139,61 €	130,08%
44 Loire-Atlantique	32 755	386,43 €	278,37 €	89,83%	108,06 €	100,69%
45 Loiret	27 132	342,31 €	252,70 €	81,55%	89,62 €	83,50%
46 Lot	6 213	376,77 €	245,78 €	79,32%	130,99 €	122,06%

Département	Effectifs	Total	Ville		Hôpital	
		Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen
47 Lot-et-Garonne	13 946	382,47 €	284,91 €	91,94%	97,56 €	90,90%
48 Lozère	2 132	998,83 €	244,70 €	78,97%	754,14 €	702,68%
49 Maine-et-Loire	24 317	396,57 €	266,01 €	85,84%	130,56 €	121,65%
50 Manche	14 203	350,05 €	237,92 €	76,78%	112,13 €	104,48%
51 Marne	26 450	405,66 €	281,18 €	90,74%	124,48 €	115,99%
52 Haute-Marne	7 572	407,79 €	258,28 €	83,36%	149,51 €	139,31%
53 Mayenne	8 726	400,63 €	248,73 €	80,27%	151,91 €	141,54%
54 Meurthe-et-Moselle	32 984	459,52 €	330,06 €	106,51%	129,45 €	120,62%
55 Meuse	7 613	486,31 €	284,90 €	91,94%	201,41 €	187,66%
56 Morbihan	11 394	418,95 €	273,19 €	88,16%	145,75 €	135,81%
57 Moselle	41 073	348,24 €	255,56 €	82,47%	92,68 €	86,36%
58 Nièvre	8 289	370,50 €	235,13 €	75,88%	135,37 €	126,14%
59 Nord	223 024	417,18 €	320,03 €	103,28%	97,15 €	90,52%
60 Oise	35 219	382,78 €	262,44 €	84,69%	120,34 €	112,13%
61 Orne	12 651	389,57 €	243,84 €	78,69%	145,73 €	135,79%
62 Pas-de-Calais	128 441	393,70 €	308,12 €	99,43%	85,58 €	79,74%
63 Puy-de-Dôme	21 013	379,06 €	273,68 €	88,32%	105,39 €	98,20%
64 Pyrénées-Atlantiques	20 141	515,07 €	321,49 €	103,75%	193,58 €	180,37%
65 Hautes-Pyrénées	9 303	468,81 €	306,53 €	98,92%	162,27 €	151,20%
66 Pyrénées-Orientales	38 845	404,76 €	329,58 €	106,38%	75,18 €	70,05%
67 Bas-Rhin	39 491	371,21 €	288,79 €	93,19%	82,42 €	76,79%
68 Haut-Rhin	29 790	319,77 €	231,40 €	74,67%	88,37 €	82,34%
69 Rhône	85 199	416,48 €	301,65 €	97,35%	114,83 €	106,99%
70 Haute-Saône	8 027	433,10 €	259,06 €	83,60%	174,04 €	162,17%
71 Saône-et-Loire	16 923	387,44 €	255,88 €	82,57%	131,57 €	122,59%
72 Sarthe	20 851	399,86 €	257,84 €	83,21%	142,02 €	132,33%
73 Savoie	6 966	380,68 €	259,73 €	83,82%	120,95 €	112,70%
74 Haute-Savoie	14 124	409,17 €	272,81 €	88,04%	136,36 €	127,06%
75 Paris	160 875	493,79 €	376,30 €	121,44%	117,48 €	109,47%
76 Seine-Maritime	61 624	370,89 €	259,38 €	83,71%	111,51 €	103,90%
77 Seine-et-Marne	37 372	365,05 €	256,54 €	82,79%	108,51 €	101,11%
78 Yvelines	36 407	404,32 €	282,37 €	91,12%	121,95 €	113,63%
79 Deux-Sèvres	8 974	407,81 €	245,45 €	79,21%	162,35 €	151,28%
80 Somme	39 595	406,56 €	293,56 €	94,73%	113,00 €	105,29%
81 Tarn	17 603	409,97 €	289,67 €	93,48%	120,30 €	112,10%
82 Tarn-et-Garonne	12 264	402,39 €	291,05 €	93,93%	111,34 €	103,74%
83 Var	49 889	479,71 €	354,68 €	114,46%	125,03 €	116,50%
84 Vaucluse	32 887	425,40 €	323,52 €	104,40%	101,88 €	94,93%
85 Vendée	10 056	407,30 €	262,29 €	84,64%	145,01 €	135,12%
86 Vienne	19 041	395,76 €	264,32 €	85,30%	131,44 €	122,47%
87 Haute-Vienne	17 532	412,54 €	287,03 €	92,63%	125,52 €	116,95%
88 Vosges	15 205	499,80 €	290,05 €	93,60%	209,75 €	195,44%
89 Yonne	12 332	344,21 €	218,64 €	70,88%	124,57 €	116,07%
90 Territoire-de-Belfort	5 937	375,90 €	255,25 €	82,37%	120,65 €	112,41%
91 Essonne	50 234	380,50 €	269,60 €	87,00%	110,91 €	103,34%
92 Hauts-de-Seine	56 201	428,27 €	317,78 €	102,55%	110,49 €	102,95%
93 Seine-Saint-Denis	149 921	391,95 €	313,65 €	101,22%	78,30 €	72,96%
94 Val-de-Marne	64 191	411,27 €	314,92 €	101,63%	96,35 €	89,78%
95 Val-d'Oise	62 406	413,16 €	315,67 €	101,87%	97,48 €	90,83%
971 Guadeloupe	54 105	315,06 €	234,77 €	75,76%	80,29 €	74,82%
972 Martinique	90 544	246,13 €	186,78 €	60,27%	59,35 €	55,30%
973 Guyane	70 795	521,73 €	363,30 €	117,24%	158,43 €	147,62%
974 Réunion	271 484	382,78 €	327,23 €	105,80%	55,55 €	51,76%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_Reelles_Par_Departement.xls

Présentation_001

Sources : CNAMTS et SLM

| 5 EFFECTIFS CMU DE BASE

| 5.1 ÉVOLUTIONS DES EFFECTIFS

| Moyennes 2007 à 2010

	Métropole	DOM	Total	Évolution
Effectifs annuels moyens				
2007	1 146 748	261 075	1 407 823	
2008	1 195 541	266 051	1 461 593	3,82%
2009	1 554 821	302 094	1 856 914	27,05%
2010	1 848 554	310 699	2 159 253	16,28%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Tous_Regimes.xls

Note : Conjoncture

Sources : tous régimes

| Mensuels de Janvier à Juillet 2011

	Métropole	DOM	Total	Évolution
Effectifs mensuels année en cours				
2010 déc	1 895 557	301 094	2 196 651	
2011 janv	1 889 114	305 712	2 194 826	-0,08%
2011 févr	1 901 391	307 990	2 209 381	0,66%
2011 mars	1 907 393	310 230	2 217 623	0,37%
2011 avr	1 884 207	312 588	2 196 795	-0,94%
2011 mai	1 869 455	311 097	2 180 552	-0,74%
2011 juin	1 856 937	309 379	2 166 316	-0,65%
2011 juil	1 848 206	308 065	2 156 271	-0,46%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Tous_Regimes.xls

Note : Conjoncture

Sources : tous régimes

| 6 EFFECTIFS AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

| 6.1 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ATTESTATIONS DÉLIVRÉES ET UTILISÉES

| Données connues

Mois Années	Mois CPAM		Cumul bénéficiaires d'attestations CNAMTS MSA RSI – ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Cout trimestriel pour le Fonds CMU	Cout trimestriel unitaire
	Atte stations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
janv 2005	19 557	25 179				
févr 2005	24 099	46 021		12 805	436 828 €	34,11 €
mars 2005	18 709	32 841				
avr 2005	16 738	28 912				
mai 2005	20 583	38 031		62 811	2 239 933 €	35,66 €
juin 2005	15 857	28 779				
juil 2005	11 729	20 911				
août 2005	14 656	26 784		113 731	3 922 656 €	34,49 €
sept 2005	14 526	27 318				
oct 2005	15 554	29 854				
nov 2005	18 680	35 029		177 710	6 123 611 €	34,46 €
déc 2005	19 235	35 140	402 261			
TOTAL 2005	209 923	374 799		TOTAL 2005	12 723 028 €	138,72 €
janv 2006	18 809	34 159	412 241			
févr 2006	18 384	31 455	398 675	202 973	7 772 542 €	38,29 €
mars 2006	15 936	32 740	399 460			
avr 2006	16 448	27 647	398 195			
mai 2006	16 374	29 646	389 810	226 352	9 507 097 €	42,00 €
juin 2006	16 893	29 488	390 276			
juil 2006	17 216	29 193	399 058			
août 2006	12 056	20 615	393 389	234 237	10 791 998 €	46,07 €
sept 2006	15 607	29 112	395 595			
oct 2006	20 405	37 534	403 275			
nov 2006	15 130	29 354	397 600	240 664	12 104 968 €	50,30 €
déc 2006	17 576	29 418	391 330			
TOTAL 2006	200 834	360 361	Evol / Dec N-1 = -2,7 %	TOTAL 2006	40 176 605 €	176,67 €
janv 2007	25 512	43 042	401 213			
févr 2007	22 147	38 596	409 354	244 662	12 920 782 €	52,81 €
mars 2007	29 874	51 614	429 396			
avr 2007	18 995	31 089	433 838			
mai 2007	19 027	33 988	438 680	275 472	14 887 015 €	54,04 €
juin 2007	22 068	39 183	449 420			
juil 2007	20 310	37 031	458 258			
août 2007	19 602	35 845	474 488	304 774	16 597 216 €	54,46 €
sept 2007	19 039	35 302	481 430			
oct 2007	21 069	40 627	485 023			
nov 2007	21 230	37 631	493 800	329 669	17 939 202 €	54,42 €
déc 2007	29 017	44 923	511 119			
TOTAL 2007	267 890	468 871	Evol / Dec N-1 = 30,6 %	TOTAL 2007	62 344 215 €	215,73 €

Mois Années	Mois CPAM		Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attestations CNAMTS MSA RSI – ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Cout trimestriel pour le Fonds CMU	Cout trimestriel unitaire
	Attestations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
janv 2008	21 461	36 949	505 326			
févr 2008	26 025	44 371	511 401	360 095	20 036 646 €	55,64 €
mars 2008	29 141	50 663	510 395			
avr 2008	23 985	41 779	521 385			
mai 2008	20 729	36 920	525 117	382 069	21 047 049 €	55,09 €
juin 2008	25 871	43 152	529 791			
juil 2008	21 591	34 877	527 837			
août 2008	21 706	35 521	527 713	410 262	22 590 072 €	55,06 €
sept 2008	31 917	54 051	546 155			
oct 2008	30 935	53 491	560 319			
nov 2008	41 836	66 318	590 306	442 283	24 272 662 €	54,88 €
déc 2008	29 433	51 049	596 626			
TOTAL 2008	324 630	549 141	Eval / Dec N-1 = 16,7 %	Total 2008	87 946 429 €	220,67 €
janv 2009	32 221	52 062	612 351			
févr 2009	29 766	50 172	618 764	465 316	25 962 400 €	55,80 €
mars 2009	30 092	50 988	619 467			
avr 2009	24 105	40 995	618 986			
mai 2009	24 791	41 400	623 769	492 419	27 681 090 €	56,21 €
juin 2009	27 729	46 948	627 708			
juil 2009	25 647	42 510	635 805			
août 2009	21 473	36 467	637 215	500 045	27 613 139 €	55,22 €
sept 2009	26 939	45 559	629 033			
oct 2009	27 238	46 199	621 610			
nov 2009	27 170	46 309	601 470	501 681	28 620 490 €	57,05 €
déc 2009	28 487	49 377	599 535			
TOTAL 2009	325 658	548 986	Eval / Dec N-1 = 0,5 %	Total 2009	109 877 119 €	224,28 €
janv 2010	30 010	50 336	597 897			
févr 2010	30 637	54 515	602 328	493 325	30 085 477 €	60,99 €
mars 2010	36 129	60 276	611 796			
avr 2010	29 449	49 732	620 602			
mai 2010	26 607	45 163	624 434	517 177	33 157 727 €	64,11 €
juin 2010	31 252	52 877	630 432			
juil 2010	25 708	43 310	630 937			
août 2010	24 520	40 809	634 984	536 910	35 739 929 €	66,57 €
sept 2010	26 235	45 424	634 554			
oct 2010	26 195	45 111	632 926			
nov 2010	27 655	46 723	632 801	532 865	35 943 688 €	67,45 €
déc 2010	30 320	48 610	631 493			
TOTAL 2010	344 717	582 886	Eval / Dec N-1 = 5,3 %	Total 2010	134 926 821 €	259,12 €

Mois Années	Mois CPAM		Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attestations CNAMTS MSA RSI – ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Cout trimestriel pour le Fonds CMU	Cout trimestriel unitaire
	Attestations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
janv 2011	35 680	62 010	643 720			
févr 2011	32 990	59 841	649 599	528 186	36 091 217 €	68,33 €
mars 2011	39 889	69 384	659 168			
avr 2011	30 461	54 094	663 888			
mai 2011	37 548	64 825	683 908	560 425	38 203 835 €	68,17 €
juin 2011	34 251	57 816	689 204			
juil 2011	31 310	53 079	699 455			

G:\Aide complémentaire santé\Suivi deliv attestations et stat\Prev ACS.xls

Annuaire_Stat

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Fonds CMU

| 7 ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION CMU

| 7.1 ÉVOLUTIONS DE L'ASSIETTE

| De 2002 à 2010

	2002	2003	2004	2005
Taux de contribution	1,75%	1,75%	1,75%	1,75%
Mutuelles	11 263 618 214	12 128 660 890	13 366 911 097	14 452 274 199
Institutions de prévoyance	3 573 357 370	3 809 369 634	4 040 935 516	4 224 605 945
Sociétés d'assurance	3 990 662 128	4 538 495 289	5 238 845 091	5 788 273 111
Totaux	18 827 637 712	20 476 525 813	22 646 691 704	24 465 153 255
Évolutions annuelles		8,8%	10,6%	8,0%

	2006	2007	2008	2009	2010
Taux de contribution	2,50%	2,50%	2,50%	5,90%	5,90%
Mutuelles	15 321 070 212	15 952 267 290	16 435 139 769	16 931 760 283	17 664 664 888
Institutions de prévoyance	4 379 285 052	4 694 625 576	5 125 601 475	5 225 174 055	5 260 750 254
Sociétés d'assurance	6 344 137 055	6 735 591 774	7 561 395 960	7 960 846 975	8 478 982 002
Totaux	26 044 492 319	27 382 484 640	29 122 137 204	30 117 781 313	31 404 397 143
Évolutions annuelles	6,4%	5,1%	6,4%	3,4%	4,3%

Pour le 4^{ème} trimestre 2008 et le 1^{er} trimestre 2009, les chiffres sont bruts. Ils ne tiennent pas compte d'éventuels transferts d'opportunité, à l'occasion du passage du taux de contribution de 2,50 % à 5,90 % en 2009.

| Détail 2010

	2010			
	T1	T2	T3	T4
Taux de contribution	5,90%	5,90%	5,90%	5,90%
Mutuelles	4 896 427 664	4 285 953 697	4 342 217 512	4 140 066 015
Institutions de prévoyance	1 313 127 934	1 297 142 893	1 347 863 187	1 302 616 240
Sociétés d'assurance	2 976 745 167	1 729 682 858	1 854 491 850	1 918 062 127
Totaux	9 186 300 765	7 312 779 447	7 544 572 549	7 360 744 382
Répartition entre trimestres	29,3%	23,3%	24,0%	23,4%
Évolutions 4 trimestres ACM	7,1%	8,6%	9,5%	7,8%

Dans la communication habituelle du Fonds CMU, Le T1 pour les mutuelles est majoré de 50 000 000 €, à l'inverse, le T2 est diminué de cette même somme (prise en compte de l'oubli d'un OC au T1).

	Évolution		Structure Assiette	
	2002 / 2010		2002	2010
Mutuelles	56,8%	Mutuelles	59,8%	56,2%
Institutions de prévoyance	47,2%	Institutions de prévoyance	19,0%	16,8%
Sociétés d'assurance	112,5%	Sociétés d'assurance	21,2%	27,0%
Totaux	66,8%	Totaux	100,0%	100,0%

2011

Pour 2011, l'assiette est décomposée entre l'assiette de la taxe (6,27 %) et l'assiette de la contribution (5,90 %).

Montants en K€							
	T1		Evol T1 11 / T1 10 *	T2 2011		Evol T2 11 / T2 10 *	Evol S1 11 / S1 10 **
	Taxe	Contribution		Taxe	Contribution		
Mutuelles	4 541 814	236 896	2,03%	4 121 233	40 999	4,00%	2,94%
IP	1 015 095	263 945	1,96%	1 270 750	41 910	6,98%	4,46%
Assurances	2 479 746	453 226	3,44%	1 435 493	225 745	0,94%	2,52%
Total 1	8 036 655	954 067	2,50%	6 827 476	308 654	3,80%	3,06%
Total 2	8 990 722			7 136 130			
Répartition	89,39%	10,61%		95,67%	4,33%		
* Hors taxe, hors contribution							
** Évolutions semestrielles							

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_OC_CMUC.xls

Annuaire_Stat

Source Fonds CMU

7.2 ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

De 2002 à 2010

	Nombre OC			Structure Nombre OC	
	2002	2010		2002	2010
Mutuelles	1 372	588	Mutuelles	88,8%	82,1%
Institutions de prévoyance	51	34	Institutions de prévoyance	3,3%	4,7%
Sociétés d'assurance	122	94	Sociétés d'assurance	7,9%	13,1%
Totaux	1 545	716	Totaux	100,0%	100,0%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_OC_CMUC.xls

Annuaire_Stat

Source Fonds CMU

7.3 LES 50 PREMIERS ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Classement par chiffre d'affaires

Exercice 2010

M : Mutuelle, A : Société d'assurance, IP : Institution de prévoyance

Type OC	NOM OC	CP	Assiette Totale	Nb moyen bénéf.	
				CMU-C	ACS
M	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	75015	1 291 575 693,00 €	11 371	1 617
A	AXA France vie	75009	1 242 147 381,00 €	17 382	21 608
IP	BTP prévoyance - CNPBTP	75294	1 068 744 139,00 €	12 152	6 609
M	Prévadiès	75015	1 035 962 227,00 €	63 315	29 410
A	SwissLife prévoyance et santé	75008	959 453 527,00 €	23 136	16 012
M	MG - Mutuelle générale	75634	781 818 987,00 €	7 950	4 444
A	Allianz IARD	75113	632 714 363,00 €	20 735	13 981
M	Mutuelle Harmonie mutualité	75015	618 089 162,00 €	33 705	16 970
M	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	45213	597 601 727,00 €	6 076	1 768
M	Mutuelle UNEO	92120	563 435 478,00 €	0	128
IP	AG2R prévoyance	75680	546 803 389,00 €	0	201
IP	Novatis prévoyance	75495	546 036 894,00 €	0	0
A	Generali vie	75009	478 727 947,00 €	0	0
M	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75311	462 931 272,00 €	6 824	3 080
M	MAAF santé	79030	423 924 752,00 €	64 843	20 918
A	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67906	412 075 772,00 €	13 974	7 591
A	Groupama Gan Vie	92082	386 118 316,00 €	109	375
A	MMA IARD	72030	377 744 564,00 €	12 377	9 233
A	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	75015	369 201 171,00 €	11 757	11 371

Fonds CMU - Annuaire statistique

Type OC	NOM OC	CP	Assiette Totale	Nb moyen bénéf.	
				CMU-C	ACS
IP	Uniprévoyance	94307	352 624 022,00 €	4	330
M	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	75317	347 640 024,00 €	448	858
IP	URRP IMMEC Union des régimes de retraite et de prestations d'invalidité et de maladie des industries MMEC	78281	341 816 771,00 €	898	127
M	MACIF mutualité	79037	333 814 143,00 €	13 266	15 373
IP	Médéric prévoyance	75317	318 096 258,00 €	0	0
M	Mutuelle Apreva	59306	300 473 193,00 €	6 902	8 801
A	Quatrem - Assurances collectives	75423	293 892 672,00 €	0	47
IP	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	94684	263 043 121,00 €	170	57
A	AVIVA assurances	92271	255 824 610,00 €	7 394	7 331
M	Primamut	75680	240 196 749,00 €	0	1 754
M	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	75762	239 499 158,00 €	5 150	9 049
A	Allianz Vie	75002	238 669 507,00 €	0	1
A	Generali assurances IARD	75456	235 608 760,00 €	0	2 449
IP	Réunica prévoyance	92599	226 631 726,00 €	192	43
M	Mutuelle mieux-être	75544	223 660 735,00 €	516	7 762
M	Mutuelle Intérfale	31071	206 132 662,00 €	83	136
M	Mutuelle Océane	33054	203 284 119,00 €	12 006	7 945
M	Mutuelle Micis	69300	202 325 749,00 €	1 380	1 127
A	GROUPAMA Loire-Bretagne	35012	192 557 109,00 €	3 605	2 435
IP	APICIL prévoyance	69300	189 168 392,00 €	0	88
A	AXA assurances vie mutuelles	75009	189 148 799,00 €	2 351	2 891
M	Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	75019	187 070 674,00 €	101	181
M	Mutuelle SMI	75374	167 797 962,00 €	2 395	2 944
A	GROUPAMA d'Oc	31131	163 918 509,00 €	3 468	3 171
M	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	75096	161 411 056,00 €	136	160
M	MGP santé - Mutuelle générale de la police	94027	156 073 105,00 €	151	142
M	Eovl - Mutuelle Présence	42030	154 177 779,00 €	8 031	4 066
M	MGET - Mutuelle Générale Environnement et Territoires	94274	151 425 680,00 €	417	343
A	GAN assurances IARD	75008	149 930 533,00 €	1 396	3 270
IP	IPGM - Institut de prévoyance du groupe Mornay	75012	148 998 411,00 €	19	0
A	AXA France vie	75009	111 580 388,00 €	15 834	18 750
IP	BTP prévoyance - CNPBTP	75294	1104 259 141,00 €	10 018	5 767
A	SwissLife prévoyance et santé	75008	919 930 103,00 €	21 168	15 878
M	Prévadiès	75015	826 648 811,00 €	55 019	26 435
M	MG - Mutuelle générale	75634	742 443 212,00 €	7 524	3 168
A	Allianz IARD	75113	617 220 311,00 €	23 317	12 932
M	Mutuelle Harmonie mutualité	75015	610 996 845,00 €	32 405	16 888
M	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	45213	589 520 052,00 €	5 297	1 825
M	Mutuelle UNEO	92120	537 890 196,00 €	81	222
IP	AG2R prévoyance	75680	534 764 807,00 €	0	267
A	Generali vie	75009	507 113 050,00 €	0	0
IP	Novalis prévoyance	75495	452 489 350,00 €	0	0
M	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75311	423 744 352,00 €	7 171	2 845
A	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67906	394 269 021,00 €	12 626	6 813
M	MAAF santé	79030	388 876 940,00 €	68 660	21 293
A	MMA IARD	72030	361 799 100,00 €	11 439	8 758
IP	URRP IMMEC Union des régimes de retraite et de prestations d'invalidité et de maladie des industries MMEC	78281	358 447 404,00 €	812	142
IP	Médéric prévoyance	75317	345 644 534,00 €	0	0
IP	Uniprévoyance	94307	344 628 316,00 €	2	285
A	Pacifico - L'assurance dommages au Crédit agricole	75015	332 441 074,00 €	6 192	9 902
M	MACIF mutualité	79037	303 692 556,00 €	10 037	12 869
A	GAN assurances vie	92082	290 648 214,00 €	683	3 510
M	Mutuelle Apreva	59306	285 123 560,00 €	4 297	8 237
A	Quatrem - Assurances collectives	75423	274 942 366,00 €	0	25
IP	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	94684	263 522 165,00 €	99	82
A	Generali assurances IARD	75456	251 251 024,00 €	0	2 483
M	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	75762	245 808 892,00 €	2 692	8 544
A	AVIVA assurances	92271	242 073 177,00 €	7 318	6 620
A	Allianz Vie	75002	240 770 539,00 €	0	1
M	Primamut	75680	232 677 133,00 €	0	1 766
IP	Réunica prévoyance	92599	225 534 435,00 €	93	56
M	Mutuelle mieux-être	75544	220 582 162,00 €	532	4 273
M	Mutuelle Micis	69300	200 457 466,00 €	913	1 045
M	Mutuelle Intérfale	31071	200 186 125,00 €	55	160
M	Mutuelle Océane	33054	195 637 203,00 €	11 586	7 388
IP	APICIL prévoyance	69300	188 915 481,00 €	0	82
M	Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	75019	183 708 999,00 €	0	206

Type OC	NOM OC	CP	Assiette Totale	Nb moyen bénéf.	
				CMU-C	ACS
A	GROUPAMA Loire-Bretagne	35012	182 498 794,00 €	3 339	2 150
A	AXA assurances vie mutuelles	75009	180 324 040,00 €	2 199	2 548
M	Mutuelle SMI	75374	167 649 617,00 €	1 133	2 786
A	GROUPAMA Pays d'Oc	31071	159 540 531,00 €	3 193	2 719
M	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	75096	158 255 942,00 €	42	126
M	MSP santé - Mutuelle générale de la police	94027	155 408 381,00 €	67	187
M	Eovi - Mutuelle Présence	42030	154 968 902,00 €	7 820	4 207
A	GAN eurocourtage vie	92082	150 682 264,00 €	0	1
IP	IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	75012	149 574 067,00 €	24	0
M	MGET - Mutuelle générale de l'équipement et des territoires	94274	144 442 382,00 €	429	369
M	Mutuelle familiale	75010	136 966 743,00 €	2 680	4 940
A	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	45166	136 373 558,00 €	1 020	1 125
IP	APRI prévoyance	41933	135 814 711,00 €	14	64
M	Eovi - Mutuelle Drôme ARPICA	26028	135 165 304,00 €	22 618	4 613
M	Société mutualiste Malakoff - SMM	78281	134 371 125,00 €	277	525
IP	Ionis prévoyance	92105	134 149 508,00 €	518	89
M	Médéric mutualité	75317	133 690 324,00 €	38	299
A	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	69251	131 861 172,00 €	3 073	2 181
M	SMAM - Mutuelle des arts et métiers	17034	123 030 672,00 €	1 177	11 782
M	Sphéris-Val-de-France	45025	116 270 150,00 €	6 418	2 991
M	SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France	16920	115 233 222,00 €	2 449	3 493
IP	IPECA prévoyance	75740	114 194 782,00 €	0	11
A	Arial assurance	59896	113 457 807,00 €	0	7
IP	Audiens prévoyance	92177	112 144 375,00 €	0	6
M	Mutuelle bleue	77014	111 543 157,00 €	9 348	5 278
M	SMISO Mutuelle - Société mutualiste interprofessionnelle	59024	110 232 096,00 €	2 154	857
M	Mutuelle Existence	69346	106 866 217,00 €	7 326	2 635
IP	CAPAVES prévoyance	95842	102 415 720,00 €	344	3 478
A	GROUPAMA Centre-Manche	72043	101 259 532,00 €	1 224	954
M	MNPAF - Mutuelle nationale des personnels Air-France	95725	101 137 055,00 €	14	17
A	GROUPAMA Centre-Atlantique	79044	100 728 431,00 €	1 567	1 430
M	Radiance - SMAPRI - Mutuelle d'accueil et de prévoyance interprofessionnelle	41932	100 303 051,00 €	39	149
M	ADREA mutuelle Alpes-Dauphiné	38069	98 844 116,00 €	3 276	1 912
M	MGC - Mutuelle générale des cheminots	75637	98 378 239,00 €	762	1 035
M	Mutuelle Intégrance	75018	97 138 341,00 €	0	20 084
A	GROUPAMA Nord-Est	51686	96 397 653,00 €	1 064	754
M	CCMO mutuelle - Caisse chirurgicale et médicale de l'Oise	80014	95 807 126,00 €	743	1 231
M	UNPMF - Union nationale de prévoyance de la mutualité française - Mutek	75719	94 872 073,00 €	0	0
M	Mutuelle familiale Vauban	59024	93 067 272,00 €	308	2 123
A	GROUPAMA Grand-Est	21078	87 529 801,00 €	2 788	1 393
IP	Vauban Humanis prévoyance	59024	86 258 196,00 €	0	13
M	Mutuelles du soleil	06005	84 517 250,00 €	0	4 410
M	Mutuelle civile de la Défense	75739	84 250 417,00 €	399	52
M	MNAM - Mutuelle nationale aviation marine	75015	81 505 153,00 €	589	174
M	SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	79077	79 123 288,00 €	5 489	2 676
M	Mutuelles santé plus	69200	77 741 464,00 €	4 407	3 913
M	Mut'Est	67082	75 182 218,00 €	911	351
M	Groupe France mutuelle	75551	73 100 554,00 €	0	798
M	Mutuelle de France Sud	13400	72 349 703,00 €	298	4 627
M	Mutuelle nationale des caisses d'épargne	51686	70 986 388,00 €	17	49
M	Mutuelle Oréade - Mutuelle des Landes	47910	70 809 644,00 €	767	2 825
M	ADREA mutuelle Bourgogne	71010	70 129 084,00 €	4 952	1 970
M	Mutuelle du personnel du groupe RATP	75582	70 097 438,00 €	43	56
M	Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'AP, des administrations annexes	75003	70 094 740,00 €	1 490	322
IP	CAIRPSA CARPRECA prévoyance	68067	68 058 029,00 €	31	0
M	MPA - Mutuelle professionnelle de l'automobile	75783	66 592 528,00 €	0	152
IP	IPSEC prévoyance	75848	65 833 703,00 €	0	8
A	Legal and général - Risques divers	75009	65 355 357,00 €	0	1
M	Prévi France mutualité	31000	65 260 147,00 €	1 223	1 110
M	Mutuelle du ministère de la justice	75001	64 843 549,00 €	73	98
M	Mutuelle Releya	21002	64 638 515,00 €	5 068	1 789
M	MICOM - Mutuelle nationale des personnels de l'industrie, du commerce et des mines	75017	64 223 671,00 €	430	803

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_OC_100_Premiers.xls

Liste_100

Sources : organismes déclarants, Fonds CMU - * Un déclarant = un numéro SIREN

8 BUDGET DU FONDS CMU

Données budgétaires

11 octobre 2011

Présentation économique des comptes du Fonds CMU

oct-11											
En millions d'euros	PREVISION										
	2005 (déf)	2006 (déf)	% évol	2007 (déf)	% évol	2008 (déf)	% évol	2009 (déf)	% évol	2010 (déf)	% évol
RECETTES											
Dotation budgétaire de l'Etat (LFI)	695	346	-50%	109	-68%	47	-57%				
Taxe alcool	387	404	4%	480	19%	348	-28%				
Taxe tabac		217		411	89%	372	-9%				
Contribution des organismes complémentaires	425	650	53%	684	5%	725	6%	1 791	147,03%	1 856	3,63%
Dotation assurance maladie	13	40		62		87	40%				
TOTAL RECETTES	1 520	1 657	9%	1 746	5%	1 579	-10%	1 791	13,43%	1 856	3,63%
DEPENSES											
Versements aux régimes de base	1 257	1 436	13%	1 443	0%	1 266	-12%	1 346	6,32%	1 343	-0,22%
Déductions CMU-C	195	211	8%	204	-3%	196	-4%	230	17,35%	244	6,09%
Déductions ACS	13	40		62	55%	87	40%	112	28,74%	139	24,11%
Total déductions organismes complémentaires	208	251	21%	266	6%	283	6%	342	20,85%	383	11,99%
Reversement CNAITS (excédent)								83		101	21,69%
Gestion administrative	1	1		1		1		1		1	
TOTAL DEPENSES	1 476	1 688	14%	1 710	-1%	1 550	-9%	1 772	14,32%	1 828	3,16%
Rectification par rapport aux comptes (a)											
RESULTAT DE L'ANNEE	44	-31		36		30		19		28	
RESULTAT CUMULE	48	17		53		83		101		129	

(a) Pour 2008, rectification du report à nouveau ("recollement" ACOS).

Les données 2010 pour les dépenses intègrent la nouvelle méthode de comptabilisation (provisions T4 et report à nouveau).

P:\Raphaelle Verniole\PREVISIONS\OCTOBRE 2011\Recap comptes plus oct 2011.xls

Annuaire

Sources : Fonds CMU

9 MONTANTS DES PLAFONDS DE RESSOURCES ET DES MINIMA SOCIAUX

9.1 PLAFONDS MENSUELS DE RESSOURCES POUR L'ATTRIBUTION DE LA CMU-C ET DE L'ACS

Au 1^{er} Juillet 2011

Les plafonds pour la CMU-C et l'ACS sont revalorisés au 1^{er} juillet de chaque année.

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Par personne supplémentaire
Plafonds CMU-C en Métropole	648 €	971 €	1 166 €	1 360 €	+ 259,04 €
Plafonds CMU-C dans les DOM	721 €	1 081 €	1 297 €	1 514 €	+ 288,31 €
Plafonds ACS en Métropole	816 €	1 224 €	1 469 €	1 714 €	+ 326,39 €
Plafonds ACS dans les DOM	908 €	1 362 €	1 634 €	1 907 €	+ 363,27 €

Source : G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2011-09-30_Plafonds_Annuaire.xls

Plafonds_CMUC_ACS

Source : Fonds CMU

9.2 MONTANTS MENSUELS DES FORAITS LOGEMENT

Montants applicables en 2011

Les personnes ayant à leur disposition un logement pour lequel elles ne payent pas de loyer (propriétaire, personne logée gratuitement) ou bénéficiant d'une aide au logement, se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce montant varie selon la composition familiale. Il est révisé chaque année et doit être déterminé pour chaque mois de la période de référence (les montants mensuels 2010 s'appliquent pour les mois de la période de référence situés en 2010, les montants mensuels 2011 s'appliquent pour les mois de la période de référence situés en 2011).

	Propriétaire ou occupant à titre gratuit		Bénéficiaire d'une aide au logement	
	Montants mensuels pour 2011	Montants mensuels pour 2010	Montants mensuels pour 2011	Montants mensuels pour 2010
1 personne	12 % du RSA* socle pour 1 personne 56,04 €	12 % du RSA* socle pour 1 personne 55,21 €	12 % du RSA* socle pour 1 personne 56,04 €	12 % du RSA* socle pour 1 personne 55,21 €
2 personnes	14 % du RSA* socle pour 2 personnes 96,07 €	14 % du RSA* socle pour 2 personnes 96,62 €	16 % du RSA* socle pour 2 personnes 112,08 €	16 % du RSA* socle pour 2 personnes 110,42 €
3 personnes ou +	14 % du RSA* socle pour 3 personnes 117,68 €	14 % du RSA* socle pour 3 personnes 115,94 €	16,5 % du RSA* socle pour 3 personnes 138,70 €	16,5 % du RSA* socle pour 3 personnes 136,65 €

Source : G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2011-09-30_Plafonds_Annuaire.xls

Forf_Log

*RSA socle : montant forfaitaire du RSA déterminé en fonction de la composition du foyer (Art. L.262-2 du code de l'action sociale et des familles).

9.3 PLAFONDS ANNUELS CMU DE BASE

Au 1^{er} octobre 2011

Les plafonds pour la CMU-B s'appliquent du 1^{er} octobre de l'année N au 30 septembre de l'année N+1

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CMU de base	6 849 €	6 965 €	7 083 €	8 644 €	8 774 €	9 020 €	9 029 €	9 164 €

Source : G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2011-09-30_Plafonds_Annuaire.xls

Cmu_Base

Source : Fonds CMU

9.4 MONTANT DES FORAITS CMU-C, PAR BÉNÉFICIAIRE

Montants annuels versés par bénéficiaire de la CMU-C aux organismes gestionnaires de la part complémentaire CMU (régimes obligatoires ou organismes complémentaires).

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Montant	283,00 €	300,00 €	307,52 €	340,00 €	340,00 €	340,00 €	370,00 €	370,00 €	370,00 €

Source : G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2011-09-30_Platfonds_Annuaire.xls

Montants Forfaits CMUC

Source : Fonds CMU

9.5 MONTANT ANNUEL DE L'ACS, PAR BÉNÉFICIAIRE

Mise à jour au 1^{er} janvier 2011

Montant de l'aide par personne couverte	moins de 16 ans	de 16 à 24 ans	de 25 à 49 ans	de 50 à 59 ans	à partir de 60 ans	Texte (L. 863-I CSS)
01/01/2005	75 €	75 €	150 €	150 €	250 €	L. 2004-810 du 13/08/2004, art.56-I-A
01/01/2006	100 €	100 €	200 €	200 €	400 €	LFSS 2006, art. 53-II
01/08/2009	100 €	100 €	200 €	350 €	500 €	L. 2009-879 du 21/07/2009, art. 58
01/01/2010	100 €	200 €	200 €	350 €	500 €	LFI 2010, art. 133

Source : DSS

9.6 MONTANT DES MINIMA SOCIAUX

Mise à jour au 30 septembre 2011

Montants mensuels

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Personne supplémentaire
RSA (Revenu de solidarité active) socle	466,99 €	700,49 €	840,59 €	980,69 €	186,80 €
AAH (Allocation Adulte Handicapé)	743,62 €				
AAH + FL (Forfait logement*)	799,66 €				
AAH + MVA (Majoration Vie Autonome**) + FL	904,43 €				
AAH + CPLT de ressources*** + FL	978,97 €				
ASS (Allocation de solidarité spécifique)	468,78 €				
ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées)	742,27 €	1 181,77 €			
ASPA + FL	798,31 €	1 267,88 €			
SMIC net au 1 ^{er} janvier 2011 pour 35 heures	1 073,00 €				

*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 : 104,77 €

*** Complément de ressources :

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

G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2011-09-30_Tableau_Minima_Sociaux-au 1-09-11.xls

9.7 COMPARATIFS ENTRE LE SEUIL DE PAUVRETÉ ET LES PLAFONDS DE LA CMU-C ET DE L'ACS EN MÉTROPOLE

Montants pour une personne seule.

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CMU-C	Annuel	6 914 €	7 046 €	7 179 €	7 272 €	7 447 €	7 521 €	7 611 €	7 771 €
	Mensuel	576 €	587 €	598 €	606 €	621 €	627 €	634 €	648 €
ACS	Annuel	7 951 €	8 103 €	8 256 €	8 727 €	8 936 €	9 025 €	9 590 €	9 792 €
	Mensuel	663 €	675 €	688 €	727 €	745 €	752 €	799 €	816 €
Seuil de pauvreté en € courants à 50 % du revenu médian	Annuel	8 208 €	8 496 €	8 760 €	9 084 €	9 492 €	9 540 €	ND	ND
	Mensuel	684 €	708 €	730 €	757 €	791 €	795 €		
Taux d'évolution du plafond CMU-C			1,9%	1,9%	1,3%	2,4%	1,0%	1,2%	2,1%
Taux d'évolution du seuil de pauvreté			3,5%	3,1%	3,7%	4,5%	0,5%	ND	ND
Rapport Plafond CMU-C Seuil Pauvreté		84,2%	82,9%	81,9%	80,1%	78,5%	78,8%		

Source : G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2011-09-30_Plafonds_Annuaire.xls

Plafonds, Seuils, Pauv

Sources : Fonds CMU, INSEE

* pour une personne seule

I 10 ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

Date d'application	Libellé / Contenu	Statut et références du texte	Organismes émetteurs	Date de signature du texte	Publication
01/06/2009	Loi de finances rectificative pour 2009 Article 103 : prévoit le maintien de la CMU-C pour les bénéficiaires d'un contrat d'avenir ou d'un contrat CI-RMA jusqu'au terme de leur contrat	Loi n° 2009-1674	Parlement	30/12/2009	31/12/2009 – JORF n° 0303
01/08/2009	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires Art 58 : revalorisation des montants de l'ACS pour les plus de 60 ans (500 €), création d'une nouvelle tranche d'attribution (350 € pour les 50-59 ans)	Loi n° 2009-879	Parlement	21/07/2009	22/07/2009 – JORF n° 0167
01/01/2010	Fixant les montants du forfait journalier hospitalier Hôpital : 18 €/jour (16 € jour antérieurement) / Psychiatrie : 13,50 €/jour	Arrêté	Ministère de la santé et des sports	23/12/2009	30/12/2009 – JORF n° 0302
01/01/2010	Loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 Article 10 : institue pour 2010, une contribution exceptionnelle à la charge des organismes complémentaires santé dans le cadre de leur participation à la mobilisation nationale contre la pandémie grippale	Loi n° 2009-1646	Parlement	24/12/2009	27/12/2009 – JORF n° 0300
01/01/2010	Loi de finances pour 2010 Article 133 : doublement de l'ACS pour les personnes âgées de 16 à 24 ans (200 €)	Loi n° 2009-1673	Parlement	30/12/2009	31/12/2009 – JORF n° 0303
01/01/2010	Loi de finances rectificative pour 2009 Article 96 : fixe la contribution des OC au plan de lutte contre la pandémie grippale à 0,77 %	Loi n° 2009-1674	Parlement	30/12/2009	31/12/2009 – JORF n° 0303
17/04/2010	Relatif aux décisions de l'UNCAM portant fixation du taux de participation de l'assuré applicable à des spécialités pharmaceutiques : taux de participation fixé à 85 %	Avis	Ministère de la santé et des sports	09/04/2010	16/04/2010 – JORF n° 0089
01/09/2010	Relatif à l'extension du revenu de solidarité active aux jeunes de moins de vingt-cinq ans	Décret n° 2010-961	Ministère de la Jeunesse et des solidarités actives	26/08/2010	26/08/2010 – JORF n° 0197

25/10/2010	Relative au droit à la CMU-C et à l'ACS lorsqu'un membre du foyer âgé de moins de 25 ans bénéficie du RSA jeunes	Circulaire	Ministère de la santé et des sports	25/10/2010	n°DSS/2A/2010/381
01/01/2011	Portant extension et adaptation du RSA dans les DOM et les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon	Décret n°2010-1783	Ministère des solidarités et de la cohésion sociale	31/12/2010	01/01/2011 – JORF n° 0001
01/01/2011	LFSS pour 2011 Article 3 modifiant le taux de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au plan de lutte contre la pandémie grippale Article 27 revalorisant le plafond d'attribution de l'aide complémentaire santé	Loi n°2010-1594	Parlement	20/12/2010	21/12/2010 – JORF n°0295
01/01/2011	Loi de Finances pour 2011 Article 190 modifiant la contribution CMU en taxe additionnelle de solidarité dont le taux est fixé à 6,27 %	Loi n°2010-1657	Parlement	29/12/2010	30/12/2010 – JORF n° 0302
01/01/2011	Relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie : augmentation de la valeur du C (consultation de généraliste) à 23 €	Décision	Union nationale des caisses d'assurance maladie	23/12/2010	06/01/2011 – JORF n° 0004
01/01/2011	Relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale	Décret n° 2011-56	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	14/01/2011	15/01/2011 – JORF n° 0012
01/01/2011	Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2011	Décision	Mission nationale de contrôle	17/12/2010	15/02/2011 – BO Santé protection sociale solidarité n°1
01/01/2011	Portant revalorisation du montant forfaitaire du revenu de solidarité active et de l'allocation de revenu minimum d'insertion : augmentation du forfait logement	Décret n° 2010-230	Ministère des solidarités et de la cohésion sociale	01/03/2011	03/03/2011 – JORF n° 0052
16/03/2011	Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure Article 104 : autorise les échanges entre agents de l'Etat et organismes de sécurité sociale dans le cadre de la lutte contre la fraude	Loi n° 2011-267	Parlement	14/03/2011	15/03/2011 – JORF n° 0052

30/04/2011	Relatif aux états statistiques des entreprises d'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance en matière de protection complémentaire	Décret n° 2011-467	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	27/04/2011	29/04/2011 – JORF n° 0100
01/07/2011	Relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé	Décret n° 2011-1028	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	26/08/2011	28/08/2011 – JORF n° 0199
21/08/2011	Fixant pour l'année 2011 le montant du report à nouveau du Fonds de financement de la CMU complémentaire affecté à la CNAMTS (montant du RAN : 1 29 447 458 €)	Arrêté	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	9/08/2011	20/08/2011 – JORF n° 0192
23/09/2011	Portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes	Arrêté	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	22/09/2011	25/09/2011 – JORF n° 0223
28/09/2011	Fixant les modèles des formulaires relatifs aux demandes de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et d'aide pour une complémentaire santé (ACS)	Arrêté	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	1/09/2011	20/09/2011 – JORF n° 0225
01/10/2011	Pris en application de l'article D.380-4 du code de la sécurité sociale (revalorisation du plafond d'exonération de la CMU de base)	Arrêté	Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat	11/07/2011	14/07/2011 – JORF n° 0162
01/10/2011	Loi de finances rectificative pour 2011 (article 54 : instaurant une contribution de 35 € pour tout instance introduite en matière civile, commerciale, prud'homale, sociale ou rurale devant une juridiction judiciaire ou administrative).	Loi n° 2011-900	Parlement	29/07/2011	30/07/2011 – JORF n° 0175
01/10/2011	Loi de finances rectificative pour 2011 (article 9 : fixant le montant de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à 7 % pour les contrats responsables et 9 % pour les contrats non responsables)	Loi n° 2011-1117	Parlement	19/09/2011	20/09/2011 – JORF n° 0218

▲▲▲