Cour des comptes

LE FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE

Communication à la commission des finances du Sénat Article 58 alinéa 2 de la loi organique du 1er août 2001

Mai 2015

Sommaire

AVERTISSEMENT **5**

SYNTHÈSE **9**

RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS **17**

INTRODUCTION **19**

CHAPITRE I UNE OUVERTURE À UNE POPULATION DE PLUS EN PLUS LARGE, UN NON-RECOURS TOUJOURS MASSIF **25**

I - UNE ÉVOLUTION DES PLAFONDS DE RESSOURCES SANS COHÉRENCE AVEC L'OBJECTIF AFFICHÉ D'UN ALIGNEMENT SUR LE SEUIL DE PAUVRETÉ MONÉTAIRE **26**

A - Une évolution divergente des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS 26

B - Une incidence massive des relèvements de plafonds de ressources sur les bénéficiaires potentiels de l'ACS et, dans une moindre mesure, de la CMU-C 29

C - Une appréciation des ressources restrictive et en décalage par rapport au seuil statistique de pauvreté monétaire 31

II - DES DYNAMIQUES DISTINCTES D'AUGMENTATION DU NOMBRE DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C ET DE L'ACS **35**

A - Les bénéficiaires de la CMU-C : une population importante, en forte augmentation depuis 2010 et concentrée au plan géographique 35

B - Les titulaires et les utilisateurs de l'ACS : une augmentation suscitée par les relèvements du plafond de ressources, une diffusion inégale sur le territoire 40

III - UN NON-RECOURS TOUJOURS MASSIF, MALGRÉ LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE POUR LE RÉDUIRE **44**

A - Des dispositifs qui ne bénéficient effectivement qu'à une partie de la population visée 44

B - Des droits qui doivent être demandés par leurs bénéficiaires au prix de lourdes démarches 48

C - Les démarches des organismes sociaux en direction des bénéficiaires potentiels : un effort encore inabouti 52

CHAPITRE II UNE PROTECTION ÉLEVÉE DÈS L'ORIGINE POUR LA CMU-C ET DÉSORMAIS FORTEMENT AMÉLIORÉE POUR L'ACS **61**

I - LA CMU-C : UNE COUVERTURE DE BON NIVEAU QUI NE SUPPRIME PAS TOUTE DIFFICULTÉ D'ACCÈS AUX SOINS **61**

A - Une prise en charge intégrale et sans avance de frais de dépenses de santé fortement encadrées 62

B - La persistance de renoncements aux soins et de refus de soins 64

II - UNE PROTECTION PROCURÉE PAR L'ACS LONGTEMPS PEU SATISFAISANTE, MAIS DÉSORMAIS PROCHE DE CELLE APPORTÉE PAR LA CMU-C **68**

A - Un rapport qualité / prix peu satisfaisant des contrats d'assurance souscrits avec le concours de l'ACS 68

B - Les effets favorables de la sélection par l'État des contrats éligibles à l'ACS sur le niveau et le prix des garanties à compter du 1er juillet 2015 73

C - L'extension aux titulaires de l'ACS des droits liés à la CMU-C : une effectivité encore en défaut 80

D - Un réexamen nécessaire des « compléments ACS » versés par les caisses d'assurance maladie 82

CHAPITRE III DES RISQUES FORTEMENT SOUS-ESTIMÉS.....85

I - DES MODALITÉS D'ATTRIBUTION INSUFFISAMMENT RIGOUREUSES.....85

A - Un processus d'instruction des demandes propice à des erreurs.....85
B - Une refonte indispensable.....88
C - La nécessité d'une politique beaucoup plus active de lutte contre les risques de sous-déclaration de ressources.....91

II - UN RISQUE DE SURCONSOMMATION DE SOINS NON-ÉVALUÉ.....94

A - Des données relatives aux charges de prestations complémentaires liées à la CMU-C hétérogènes et non analysées.....94
B - Des comparaisons des dépenses de santé remboursables avec les autres assurés affectées de nombreuses lacunes.....98

III - DES PERSPECTIVES FINANCIÈRES QUI SE DÉGRADENT.....104

A - Des ressources tributaires de l'évolution du produit de la taxe de solidarité additionnelle.....105
B - Une prévision de déficits à partir de 2017 pour le Fonds CMU-C et pour l'assurance maladie.....108
C - Des engagements financiers massifs.....111
D - Une nécessaire révision des dispositifs financés par le Fonds CMU-C.....113

CONCLUSION GÉNÉRALE.....117

ANNEXES.....121

Avertissement

Par un courrier du 20 novembre 2013[1], le président de la commission des finances du Sénat a saisi le Premier président, sur le fondement de l'article 58 alinéa 2 de la loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), d'une demande de réalisation par la Cour de quatre enquêtes, dont l'une portait sur le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, dit « Fonds CMU-C » à remettre au cours du premier trimestre 2015. Dans sa réponse du 30 décembre 2013[2], le Premier président a fait part de l'accord de la Cour à cette demande.

Le champ des investigations de la Cour a été arrêté lors d'une réunion tenue le 10 juillet 2014 entre M Jean-Pierre Caffet, sénateur de Paris, rapporteur désigné par la commission des finances, et M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre, accompagné de MM. Didier Selles, président de section, contre-rapporteur, et Jean-Pierre Viola, conseiller maître, rapporteur de cette enquête. Par une correspondance du 30 juillet 2014[3], le Premier président a confirmé auprès du président de la commission des finances du Sénat, à la suite des échanges ainsi intervenus :

- l'objet de l'enquête : l'analyse et la mise en perspective, depuis leur instauration et dans le contexte de la généralisation de la protection complémentaire santé pour les salariés en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, des deux dispositifs financés par le Fonds CMU-C - la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), instaurés respectivement par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie - et de leurs modalités de financement, principalement par la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie versée par les organismes proposant des garanties d'assurance complémentaire santé, ainsi que les perspectives d'évolution de ces dispositifs ;
- les modalités de sa réalisation : un contrôle du Fonds CMU-C et de ses relations financières avec les régimes d'assurance maladie et l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale, accompagné d'échanges avec les autorités de tutelle du Fonds et des instances représentatives des organismes proposant des garanties d'assurance complémentaire santé (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance).

[1]. Cf. annexe n° 1.
[2]. Cf. annexe n° 2.
[3]. Cf. annexe n° 3.

La date de remise de la communication de la Cour avait été fixée au 31 mars 2015. Toutefois, compte tenu du calendrier de la procédure de sélection par l'État des contrats d'assurance complémentaire santé éligibles à l'ACS[4], la présidente de la commission des finances a fait part dans une correspondance du 29 janvier 2015 de son accord à un report au 15 mai 2015 de cette date[5], afin de permettre à la Cour d'analyser le processus et les résultats de cet appel à concurrence.

Une réunion tenue le 18 février 2015 a permis à la Cour de faire un point d'étape avec M. Francis Delattre, sénateur du Val-d'Oise, désigné par la commission des finances en remplacement de M. Jean-Pierre Caffet à la suite du renouvellement sénatorial.

L'enquête a été réalisée par la voie d'entretiens auprès d'interlocuteurs administratifs et tiers à l'administration[6] ainsi que par la consultation de documents sollicités auprès de ces derniers et d'informations publiques. Elle a donné lieu à trois déplacements dans des caisses primaires d'assurance maladie (Gard, Hainaut et Val d'Oise) pour examiner les procédures de gestion et des échantillons de dossiers.

Un relevé d'observations provisoires a été adressé le 19 février 2015 au directeur du Fonds CMU-C ainsi qu'au directeur de la sécurité sociale et au directeur du budget. En outre, ont été rendus destinataires d'extraits la présidente du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ; le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; le directeur général des finances publiques (DGFiP) ; le directeur général du climat et de l'énergie ; le directeur de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ; le directeur de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ; le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ; le directeur de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) ; le directeur de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) d'Ile-de-France ; le président de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) ; le président du centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) ; le président de la fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) ; le président de la fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM) ; le président de la fédération nationale des mutuelles de France (FNMF) ; le président du conseil national de l'ordre des médecins et le président du conseil national de l'ordre des chirurgiens- dentistes.

À la suite de la parution le 11 avril de l'arrêté fixant la liste des contrats d'assurance complémentaire santé éligibles à l'ACS, un relevé d'observations provisoires complémentaire portant sur le processus de sélection des contrats éligibles à l'ACS et ses résultats a été transmis au directeur de la sécurité sociale et au directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

[4]. La liste des contrats éligibles à cette aide a été fixée par un arrêté ministériel du 10 avril 2015.
[5]. Cf. annexe n° 4.
[6]. Cf. annexe n° 13.

Sauf exception[7], les destinataires du ROP ou de ses extraits et du ROP complémentaire ont répondu à ces documents. Par ailleurs, le directeur du Fonds CMU-C, le directeur de la sécurité sociale, les représentants du directeur du budget, le directeur général de la CNAMTS, le directeur de l'ACOSS, ainsi que les représentants du CTIP, de la FFSA et de la FNMF ont été auditionnés par la Cour le 20 avril 2015.

La présente communication, qui constitue la synthèse définitive de l'enquête de la Cour, a été délibérée les 20 et 21 avril 2015 par la Sixième chambre, présidée par M. Durrleman, président de chambre et composée de MM. Selles, Viola, Laboureix, de la Gueronnière et Jamet, conseillers maîtres, de M. Lefas, président de chambre maintenu et de M. Leclercq, conseiller maître en service extraordinaire, le rapporteur étant M. Jean-Pierre Viola conseiller maître, et le contre-rapporteur M. Didier Selles, conseiller maître, président de section.

Elle a été examinée et approuvée le 5 mai 2015 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Paul, rapporteur général du comité, Duchadeuil, Piolé, Mme Moati, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

[7]. L'UNOCAM n'a pas souhaité répondre à la Cour au motif qu'elle n'est pas représentée au conseil de surveillance du Fonds CMU-C.

Synthèse

I – Le désengagement de l'assurance maladie obligatoire de base de la prise en charge des dépenses de santé a rendu nécessaire la création en 1999 d'une couverture maladie universelle complémentaire gratuite en faveur des ménages dotés de faibles revenus (CMU-C), complétée en 2004 par une aide au paiement de garanties contractuelles privées d'assurance (ACS)

La CMU-C, un dispositif public par exception au marché de l'assurance complémentaire santé

Devant le constat qu'une partie des ménages dotés de faibles revenus se trouvait contrainte à renoncer à des soins nécessaires, à défaut d'avoir souscrit des garanties d'assurance ou des garanties suffisantes, eu égard aux limites croissantes des prises en charge par l'assurance maladie obligatoire en dehors des patients atteints d'une affection de longue durée, la loi du 27 juillet 1999 a instauré un dispositif public de couverture complémentaire santé gratuite sous condition de ressources en faveur des ménages dotés des revenus les plus faibles : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

La CMU-C a contribué à hauteur de cinq points à l'augmentation de la part de la population couverte par une complémentaire santé entre 1999 et 2010 (où elle a atteint 95 %) et procure des prestations complémentaires élevées (accès à un « panier de soins » étendu et de bon niveau), gérées soit par la caisse d'assurance maladie, soit par un organisme complémentaire au choix du bénéficiaire, ainsi que d'autres avantages destinés à faciliter l'accès aux soins (interdiction des dépassements d'honoraires médicaux, tiers payant intégral).

L'ACS, une subvention à la souscription d'une complémentaire santé individuelle

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a instauré une aide financière à la souscription volontaire, sur le marché de l'assurance, de garanties individuelles d'assurance complémentaire santé (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, ACS, versée sous forme de lettre-chèque) en faveur des ménages dotés de faibles revenus qui ne bénéficient ni de la CMU-C, ni d'une protection obligatoire d'entreprise. Elle a pour objet de lisser l'effet de seuil de la CMU-C, d'inciter ses bénéficiaires à souscrire des contrats d'assurance complémentaire et d'atténuer l'écart de traitement en leur défaveur lié aux aides fiscales et sociales dont bénéficient la protection complémentaire collective d'entreprise.

Des dispositifs financés par le secteur de l'assurance complémentaire santé qui couvrent une population importante

La CMU-C et l'ACS (qui ont représenté respectivement 2 Md€ et 0,3 Md€ en 2014) sont financées par le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU-C), également créé par la loi du 27 juillet 1999, à partir principalement d'une taxe – la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie, assise au taux de 6,27 % depuis 2011 (1,75 % à l'origine) sur le montant

des primes et des cotisations versées par les adhérents obligatoires ou volontaires à des contrats collectifs d'entreprise et par les adhérents volontaires à des contrats individuels d'assurance maladie complémentaire proposés par des mutuelles, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance (2,1 Md€ en 2014). Ce mode de financement s'est entièrement substitué aux dotations de l'État qui assuraient une part prépondérante du financement de la CMU-C à l'origine. Il assure une solidarité horizontale des entreprises, des salariés et des assurés volontaires, quels qu'ils soient, envers les ménages, souvent inactifs, à faibles revenus.

Fin 2014, la CMU-C procurait une couverture complémentaire gratuite à 5,2 millions de personnes (soit 7,7 % de la population totale). L'ACS avait une portée plus réduite : elle donnait la possibilité à 1,2 million de personnes (soit 1,8 % de la population totale) de souscrire des garanties d'assurance complémentaire à un prix réduit.

II – L'ACS et, dans une moindre mesure, la CMU-C ont été rendues accessibles à des publics de plus en plus larges, sans avoir été généralisées au préalable à ceux qui y avaient déjà droit, ce qui concourt à expliquer l'existence d'un non-recours massif

Le choix paradoxal d'élargir toujours plus l'accès à l'ACS et à la CMU-C plutôt que d'assurer l'exercice effectif de ces droits

Avant 2013, les pouvoirs publics ont indexé le plafond de ressources de la CMU-C sur les prix, ce qui, compte tenu de l'augmentation des revenus réels, a conduit à tasser le nombre de ses bénéficiaires. Puis, la crise économique ouverte en 2008 a provoqué une vive hausse de ce dernier, au titre notamment des bénéficiaires du RSA. Afin d'en élargir l'attribution, le plafond de l'ACS a en revanche été porté par étapes de 115 % à 135 % de celui de la CMU-C, sans qu'aient été déployées des actions efficaces afin d'assurer l'effectivité de ce droit.

Dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté (janvier 2013), qui a aussi prévu de relever de 10 % le montant du RSA socle jusqu'en 2017, les plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS ont été revalorisés de 7 % en termes réels afin de porter symboliquement celui de l'ACS au niveau du seuil statistique de pauvreté monétaire.

Dans le même temps, les pouvoirs publics ont écarté, au motif de leur coût, les propositions tendant à assurer l'effectivité des droits accordés, comme l'attribution et le renouvellement automatiques de la CMU-C pour les titulaires du RSA socle (qui en bénéficient de droit), de même que l'attribution automatique de l'ACS aux titulaires du minimum vieillesse (qui remplissent sauf exception les conditions pour l'obtenir). En 2014, un renouvellement automatique de l'ACS, sans limitation de durée, a cependant été décidé en faveur de ces derniers.

Un non-recours massif à la CMU-C et, plus encore, à l'ACS, malgré la mise en œuvre d'actions de promotion

Entre fin 2009 et fin 2014, le nombre de titulaires de la CMU-C est passé de 4,2 à 5,2 millions de personnes, soit une augmentation d'un million (dont 0,7 million du fait de la crise économique et 0,3 million sous l'effet de la mesure de relèvement du plafond de ressources de juillet 2013). Malgré son ancienneté et le niveau de protection qu'elle procure, la CMU-C fait cependant l'objet d'un non-recours important, estimé pour l'année 2013 entre 28 % et 40 % de ses bénéficiaires potentiels (soit entre 1,6 million et 2,7 millions de

personnes non couvertes pour la seule France métropolitaine). Les causes de ce non-recours sont mal connues. Par ailleurs, les droits procurés par la CMU-C demeurent imparfaitement connus par une partie de ses bénéficiaires. Certains continuent à se heurter à des refus de soins, explicites ou latents, opposés par certains professionnels de santé, de fait non sanctionnés.

L'ACS connaît une situation plus défavorable. Le nombre de ses titulaires a été multiplié par trois depuis sa création, passant de 0,4 million à fin 2005 à 1,2 million à fin 2014. Toutefois, une part prépondérante de ses bénéficiaires potentiels ne la demande pas. Selon des estimations moins fiables que pour la CMU-C (du fait de l'incertitude qui entoure le nombre de personnes qui remplissent les conditions de ressources, mais sont couvertes par une couverture obligatoire d'entreprise, non éligible à l'ACS), les personnes n'ayant pas demandé l'ACS représenteraient, pour 2013, entre 59 % et 72 % de ses bénéficiaires potentiels (soit entre 1,9 million et 3,4 millions de personnes pour la France métropolitaine).

Les organismes sociaux mettent en œuvre des actions de promotion de la CMU-C et de l'ACS, mais les dispositifs concernés demeurent encore inaboutis. Les actions nationales de communication de la CNAMTS conservent un champ incomplet et appellent un important accompagnement des organismes de son réseau, les CPAM étant investies de manière variable dans la promotion des aides. Les CAF et autres organismes qui instruisent les demandes de RSA n'invitent pas systématiquement les demandeurs à solliciter l'attribution de la CMU-C.

III - L'ACS présente des fragilités que sa transformation en un second étage de protection complémentaire santé va permettre de réduire, au moins pour partie

Une aide de plus en plus incitative, mais encore mal connue ou comprise

L'étendue du non-recours à l'ACS soulève la question de son adaptation au public, a priori important sur un plan quantitatif, auquel elle s'adresse.

Depuis 2005, l'ACS a pourtant suscité un flux continu de mesures destinées à élargir la population de ses bénéficiaires et à renforcer l'incitation à la demander et à l'utiliser. Sauf exception, chaque année est intervenu soit un relèvement de son plafond de ressources, soit une augmentation de son montant. De plus, les CPAM attribuent des aides complémentaires à l'ACS à plus d'un tiers de ses titulaires afin de les inciter à souscrire effectivement des garanties d'assurance.

Selon les éclairages partiels disponibles, l'ACS demeure toujours mal connue ou comprise par ses bénéficiaires potentiels. Son utilisation est rendue complexe par la nécessité d'effectuer deux démarches successives, au lieu d'une seule pour la CMU-C : demander l'ACS à la caisse d'assurance maladie, puis contacter des organismes privés d'assurance afin de l'utiliser sur un marché constitué par une multiplicité d'organismes et de contrats aux clauses difficilement comparables entre elles.

La transformation de l'ACS en un second étage de protection complémentaire santé, constitué de contrats d'assurance sélectionnés par l'État et de droits connexes

En 2013, les pouvoirs publics ont écarté le remplacement de l'ACS par une CMU-C contributive en fonction de considérations exogènes au coût et à l'efficacité d'une évolution

de cette nature pour la prévention du non recours aux soins par les ménages dotés de faibles revenus : la réduction du marché de l'assurance complémentaire santé qui en aurait résulté.

Ils ont transformé l'ACS, d'une simple aide financière à l'achat de n'importe quel type de garanties d'assurance (à l'exception de celles des contrats dits « non responsables ») en un contenu de droits liés ou non à l'utilisation de cette aide.

À compter du 1er juillet 2015, seuls seront éligibles à l'ACS les contrats d'assurance sélectionnés par l'État, pour une période de trois, puis de cinq années, dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence des assureurs. Les contrats sélectionnés comportent une prise en charge intégrale du ticket modérateur, sauf exception, ainsi que du forfait journalier hospitalier. D'autres avantages sont par ailleurs accordés aux titulaires de l'ACS : interdiction des dépassements d'honoraires médicaux, exonération des participations forfaitaires et de la plupart des franchises, tiers payant intégral et ouverture d'un droit connexe à un autre bien de base que la santé (tarifs sociaux de l'électricité et du gaz).

L'ACS continue à se distinguer de la CMU-C par son mode d'exercice (l'achat de garanties d'assurance), par le maintien de son caractère contributif (en dépit de la réduction des prix permise par la mise en concurrence des assureurs) et par un contenu du « panier de soins » qui demeure sur certains points plus étroit (prise en charge facultative du ticket modérateur pour les médicaments classés à service médical faible ; pour les dispositifs médicaux, absence d'application de tarifs opposables aux professionnels de santé et, à l'exception du dentaire, prise en charge facultative par une partie des contrats).

Des effets favorables, pour les bénéficiaires de l'ACS, de la sélection des contrats d'assurance éligibles à cette aide, une incidence ***encore inconnu***e ***sur le recours à ce*** dispositif

Compte tenu du contenu des garanties qu'ils doivent comporter et des résultats de la mise en concurrence des assureurs, la sélection des contrats éligibles à l'ACS a pour effet d'améliorer le niveau moyen des garanties souscrites grâce à cette aide, aujourd'hui généralement faible et de réduire très sensiblement le reste à financer par les ménages qui en bénéficient. L'amélioration du rapport qualité / prix des contrats d'assurance individuelle éligibles à l'ACS pourrait toutefois avoir pour effet collatéral de renchérir le prix des autres contrats d'assurance individuelle, non subventionnés par les pouvoirs publics, ce qui conduirait à renforcer encore l'effet de seuil croissant lié à l'ACS.

S'agissant du taux de recours, la sélection pourrait accroître la notoriété de l'ACS, grâce à la publicité que les assureurs retenus donneront à leurs garanties et en faciliter l'utilisation, en permettant aux caisses d'assurance maladie d'orienter de manière neutre les titulaires de l'ACS vers un nombre réduit d'offres désignées au préalable. Pour cela, il convient cependant que la réduction du nombre d'organismes dont l'ACS permet d'acquérir les garanties n'ait pas pour effet de détourner de l'aide une partie de ses utilisateurs actuels, notamment dans la phase critique de transition de l'ancien vers le nouveau dispositif (juillet 2015 - juin 2016).

IV – Les modalités de gestion de la CMU-C et de l'ACS sont lourdes et complexes pour leurs demandeurs comme pour les caisses d'assurance maladie et ne garantissent pas l'attribution (ou le rejet) à bon droit des demandes, lesquelles sont par ailleurs affectées par des risques élevés d'irrégularités, sinon de fraude

La lourdeur des démarches à effectuer par les demandeurs

Elle est due non seulement à la nécessité de devoir renseigner un nombre élevé de rubriques relatives à la composition et aux ressources de leur foyer, mais aussi à celle de devoir documenter une grande partie des informations déclarées en l'absence d'une alimentation automatisée de l'application informatique utilisée pour instruire les demandes des informations dont disposent l'administration fiscale et les organismes sociaux. En outre, seuls des formulaires papier peuvent être utilisés pour demander la CMU-C ou l'ACS.

Au 1er juillet 2015, des simplifications vont toutefois être apportées aux formulaires papier de demande. La CNAMTS projette la mise en place d'une télédéclaration en 2017.

Des modalités inadaptées d'instruction des demandes par les CPAM

Pour l'assurance maladie, les modalités lourdes et non sécurisées de traitement des demandes de CMU-C et d'ACS sont à l'origine de coûts de gestion élevés à un moment où les pouvoirs publics accentuent la contrainte de réduction d'effectifs.

Mise en place dans l'urgence en 2000 et non modernisée depuis lors, l'application informatique utilisée pour instruire les demandes de CMU-C et d'ACS (« base ressources ») ne couvre qu'une partie des besoins liés à cette instruction. En particulier, le montant des ressources des demandeurs à prendre en compte n'est pas calculé automatiquement par l'application à partir de données qui y auraient été saisies, mais déterminé par les agents instructeurs en dehors de cette dernière, selon des modalités (tableur, simple calculatrice) non sécurisées et hétérogènes entre CPAM et parfois en leur sein, puis saisi dans l'application.

Les CPAM vérifient les informations déclarées par les demandeurs en consultant les applications informatiques qui servent à gérer les prestations dont elles assurent le versement, ainsi que celles des autres organismes sociaux (portail des CAF, répertoire national commun de la protection sociale – RNCPS). Au-delà de rapprochements avec les montants portés sur l'avis d'imposition, au titre d'une période qui diffère souvent de l'année civile (les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois précédant la demande), les salaires déclarés ne peuvent être vérifiés. Il en va de même des pensions de retraite et des indemnités chômage (en l'état, seules leur existence et leur période de versement sont retracées au sein du RNCPS, à l'exclusion de leur montant).

La CNAMTS a tardivement engagé un projet de refonte de la base ressources en 2009, puis l'a suspendu. À la suite de sa relance en 2014, de premiers développements sont attendus pour 2016. Au-delà des évolutions programmées, une refonte globale du processus de gestion est indispensable afin d'intégrer de manière automatisée les informations émanant des demandeurs et de confronter de manière automatisée les déclarations des demandeurs avec les informations détenues par l'administration fiscale et par les organismes sociaux.

Des risques de sous-déclaration** des **ressources largement sous-estimés jusqu'à récemment

Des vérifications plus poussées sur des échantillons de dossiers ont fait apparaître, pour quatre CPAM importantes, une fréquence des anomalies dans l'attribution de la CMU-C au regard des ressources des demandeurs très supérieure (24 % par rapport au plafond de ressources de la CMU-C, 14 % par rapport à celui de l'ACS) à celle jusque-là anticipée.

De fait, les risques de sous-déclaration des ressources, de nature intentionnelle ou non, ont été très insuffisamment pris en compte au regard de leur acuité, de leur incidence sur les dépenses et de leur impact sur la légitimité de la protection complémentaire procurée à titre gratuit par la CMU-C..

Une politique active de lutte contre les risques de fraude, dans laquelle la CNAMTS et ses autorités de tutelle se sont désormais engagées, constitue la contrepartie indispensable de l'effort financier consacré par la collectivité à la CMU-C et, si elle connaît le développement qui en est désormais attendu, à l'ACS.

V – Une révision du champ de ces dispositifs apparaît inévitable

Des perspectives financières dégradées

Depuis 2009, l'augmentation à taux constant du produit de la taxe de solidarité additionnelle et l'affectation d'une fraction réduite du droit de consommation sur le tabac, mais aussi le maintien d'un non-recours massif à la CMU-C et, plus encore, à l'ACS ont permis d'assurer l'équilibre financier du Fonds CMU-C et, depuis 2013, des charges de prestations complémentaires de la CMU-C supportées par son principal gestionnaire, la branche maladie du régime général de sécurité sociale.

Toutefois, les perspectives financières sont appelées à se détériorer rapidement sous l'effet de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Le Fonds CMU-C et la gestion de la CMU-C par la branche maladie devraient, selon des prévisions récentes restant à confirmer, entrer en déficit à l'horizon de deux à trois ans, soit 2017-2018.

Des engagements latents massifs et non financés

Une augmentation significative du recours à la CMU-C et à l'ACS exigerait des ressources considérablement accrues pour les financer.

Les besoins de financement potentiels peuvent être évalués entre 1,2 Md€ et 2 Md€ si tous les bénéficiaires potentiels de ces aides en demandaient l'attribution. Nonobstant le caractère conventionnel de cette hypothèse, ces montants soulignent une difficulté majeure à honorer les engagements pris au titre de la CMU-C et de l'ACS, à travers notamment les relèvements de plafond de ressources dont elles ont fait l'objet. Ils viennent s'ajouter à ceux liés à la généralisation de la couverture complémentaire obligatoire d'entreprise en faveur des salariés en application de la loi du 14 juin 2013, qui sont estimés entre 1,5 et 2 Md€ en année pleine.

Dans l'hypothèse évoquée, le taux de la taxe affectée au Fonds CMU-C devrait augmenter dans une fourchette de 3,8 à 6,6 points. Même d'ampleur plus limitée, une hausse de la taxe serait peu praticable compte tenu du niveau atteint par la fiscalité sur les contrats d'assurance « responsables » (13,27 % au total, contre 1,75 % en 2000), qui conduit à réduire l'acceptabilité d'une nouvelle augmentation par les organismes complémentaires, les entreprises et leurs salariés, ainsi que par les personnes assurées à titre individuel.

Dans ces conditions, l'équilibre financier devrait être recherché en priorité par une révision du champ des dispositifs financés par le Fonds CMU-C.

Élargir la définition des ressources prises en compte

Les plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS excluent un grand nombre de ressources des demandeurs : certaines prestations sociales (notamment le RSA), la prime pour l'emploi et une fraction (30 %) des revenus d'activité en cas d'inactivité forcée (chômage, longue maladie).

Cette minoration des ressources par rapport au revenu disponible des ménages réduit sensiblement le niveau relatif des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS par rapport au seuil de pauvreté monétaire. Dans la plupart des cas, le plafond de ressources de l'ACS dépasse en fait le seuil statistique de pauvreté monétaire qui est calculé pour sa part en prenant en considération l'intégralité des ressources.

L'ampleur des besoins de financement de la CMU-C et de l'ACS soulève la question d'une harmonisation des ressources prises en compte pour accéder à la CMU-C et à l'ACS avec celles intégrées au calcul du seuil de pauvreté monétaire et d'un alignement du plafond de l'ACS sur ce dernier.

Maîtriser les risques de surconsommation des soins pris en charge

La CMU-C comporte un risque de recours excessif au système de santé du fait de la gratuité des soins.

Les éléments d'appréciation du niveau et de l'impact des dépenses de santé dont la part complémentaire est prise en charge par la CMU-C font défaut. Les informations disponibles font apparaître une dépense plus élevée pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour les autres assurés sociaux (de l'ordre de 35 % en ville et de 110 % en établissement en moyenne). En l'absence de données où serait neutralisée l'incidence de l'état de santé plus dégradé des titulaires de la CMU-C, l'éventualité d'un recours excessif, sans lien documenté avec des besoins objectifs, ne peut être écartée.

Au cas où les études à mener sans délai, comme la Cour l'a déjà demandé, démontreraient l'existence d'une surconsommation de soins gratuits au regard de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C, la question se poserait de reconsidérer le « panier de soins » auquel elle donne accès. A tout le moins, des actions de gestion du risque portant sur certaines dépenses devraient être engagées. Compte tenu du renforcement de son contenu en droits, l'ACS est désormais concernée par une problématique de même nature.

Récapitulatif des recommandations

Favoriser l'effectivité des droits financés par le Fonds CMU-C

1 - Fiabiliser l'estimation du non-recours à l'ACS, étendre aux départements d'outre-mer l'estimation du non-recours à la CMU-C et à l'ACS et éclairer par des études périodiques les motifs de non-recours à ces dispositifs ;

2 - favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS en interrogeant les fichiers des administrations sur un champ élargi, en assurant le recueil exhaustif des demandes de CMU-C lors de l'instruction des demandes de RSA et en rendant obligatoire l'engagement par les caisses d'assurance maladie d'une démarche systématique de promotion de la CMU-C et de l'ACS auprès des publics concernés ;

3 - assurer l'effectivité des tarifs opposables aux professionnels de santé pour les titulaires de la CMU-C et de l'ACS, en prenant les textes réglementaires nécessaires à l'application des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui sanctionnent les refus de soins ;

4 - apprécier de manière périodique l'étendue des refus de soins opposés aux titulaires de la CMU-C et de l'ACS ;

5 - réexaminer le versement d'aides complémentaires à l'ACS (« compléments ACS ») par les caisses d'assurance maladie, eu égard à la réduction du prix des garanties financées par l'ACS permise par la sélection des contrats d'assurance éligibles à cette aide.

Renforcer la maîtrise des risques qui affectent la gestion des dépenses et des ressources du Fonds CMU-C

6 - Refondre le processus d'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS, en mettant en place un nouvel outil informatique et en exploitant les possibilités offertes par la déclaration sociale nominative (DSN) et par la mutualisation généralisée de l'information relative aux prestations sociales dans le cadre du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) ;

7 - engager au plan national une politique active de lutte contre la sous-déclaration des ressources, élargir les vérifications auprès de la DGFiP et des établissements financiers et évaluer l'incidence financière des irrégularités détectées ;

8 - doter le Fonds CMU-C de pouvoirs de contrôle des dépenses réelles exposées par l'ensemble des organismes gestionnaires au titre de la CMU-C ;

9 - faire prendre en charge par l'URSSAF l'ensemble des fonctions de recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle affectée au Fonds CMU-C.

Assurer l'équilibre financier du Fonds CMU-C et de la gestion de la CMU-C par l'assurance maladie

10 - En fonction de la réalisation des risques de déséquilibre financier, envisager l'harmonisation des ressources prises en compte pour attribuer la CMU-C et l'ACS avec celles intégrées au seuil de pauvreté monétaire, ainsi que l'alignement du plafond de l'ACS sur ce dernier ;

11 - objectiver par des études nationales périodiques les incidences de la CMU-C et de l'ACS sur l'état de santé de leurs bénéficiaires et analyser les déterminants du niveau et de l'évolution des dépenses de santé de ces derniers par comparaison avec les autres assurés sociaux ;

12 - dans l'éventualité où les études à mener feraient apparaître une surconsommation de soins gratuits, mettre en œuvre des actions de gestion du risque ciblées sur les postes de dépense concernés et examiner l'éventualité d'une redéfinition des prises en charge au titre de la CMU-C et de l'ACS.

Introduction

Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, dit « Fonds CMU-C », est un établissement public national à caractère administratif, créé au 1er janvier 2000 par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et placé sous la tutelle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Le Fonds CMU-C

Le Fonds CMU-C » est une structure de petite taille (en 2014, 1,4 M€ de charges de gestion, 10,1 emplois exprimés en équivalent temps plein et 203 m^2 de bureaux dans le XIIIème arrondissement de Paris).

Il regroupe des missions financières et d'expertise qui, à défaut, peineraient à être prises en charge avec la même constance et la même intensité par les directions d'administration centrale et les organismes nationaux de sécurité sociale entre lesquelles elles seraient dispersées.

Les textes lui attribuent cinq missions principales :

- financer la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ;

- financer l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ;

- assurer la gestion de la liste de ceux des organismes proposant des garanties d'assurance complémentaire santé (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance), qui sont habilités à leur demande à gérer la CMU-C ;

- contrôler, concurremment avec le réseau des URSSAF qui en assure la collecte, la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA) versée par les organismes proposant des garanties d'assurance complémentaire santé, qui constitue la principale source de financement du Fonds ;

- suivre l'application de la CMU-C et de l'ACS, en proposant le cas échéant des évolutions.

Au-delà, le Fonds CMU-C dispose d'une expertise reconnue dans le domaine de la protection complémentaire santé et apporte à ce titre un appui au ministère chargé de la sécurité sociale dans l'exercice de ses missions.

Sa gouvernance est assurée par un directeur nommé par les ministres de tutelle, par un conseil d'administration composé uniquement de représentants de l'État et par un conseil de surveillance comprenant six représentants des assemblées parlementaires (trois de l'Assemblée nationale[8] et trois du Sénat[9]), huit représentants d'organismes œuvrant en faveur des personnes les plus démunies, six représentants des principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime social des indépendants et régime agricole), ainsi que dix représentants des organismes proposant des garanties d'assurance complémentaire santé.

La direction de la sécurité sociale assure le pilotage d'ensemble, la coordination et le suivi des dispositifs financés par le Fonds CMU-C, dans le cadre notamment de comités de pilotage réunissant l'ensemble des acteurs administratifs et extra-administratifs (représentants des organismes d'assurance).

Le Fonds CMU-C a ainsi pour mission principale de financer deux mécanismes novateurs dans notre système de protection sociale: la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ils s'appliquent en France métropolitaine et dans les départements d'outremer, sauf à Mayotte.

La **couverture maladie universelle complémentaire** (2 Md€ en 2014) a été instaurée par la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle. Le constat d'un renoncement croissant aux soins par la partie socialement la plus fragile de la population, sous l'effet des restes à charge laissés par l'assurance maladie obligatoire de base[10] et l'hétérogénéité et les dysfonctionnements de l'aide médicale gratuite qui était attribuée par les conseils généraux ont en effet conduit le législateur à considérer qu'il n'était pas suffisant de généraliser la couverture de base (voir *infra*), mais qu'il convenait de donner un accès gratuit, sous certaines conditions, à une couverture complémentaire.

La CMU-C consiste ainsi en une protection complémentaire gratuite, d'une durée de douze mois indéfiniment renouvelable, en faveur des foyers dont les ressources des douze derniers mois précédant la demande sont inférieures à un plafond (au 1er juillet 2014, 8 644,52 € par an pour une personne seule résidant en métropole, montant majoré en fonction de la taille du foyer) et, par dérogation au critère de ressources, à ceux qui bénéficient du revenu de solidarité active (RSA) socle. La reconnaissance d'un droit à la CMU-C donne lieu à la délivrance d'une attestation.

[8]. M. Gérard Bapt, député de la Haute-Garonne, président du conseil de surveillance depuis 2012, Mme Martine Carillon Couvreur, députée de la Nièvre et M. Dominique Tian, député des Bouches-du-Rhône.

[9]. MM. Alain Milon, sénateur de Vaucluse, président de la commission des affaires sociales, Serge Dassault, sénateur de l'Essonne et Gérard Roche, sénateur de la Haute-Loire.

[10]. Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle : « La loi portant création d'une couverture maladie universelle est un texte fondamental car il a tout simplement pour objectif de garantir un accès gratuit à la santé pour les six millions de personnes qui dans notre pays, actuellement, ne sont pas soignées ou le sont mal, faute de ressources suffisantes. Grâce à l'action d'associations…, l'opinion a, depuis quelques années, découvert cette faille de notre système de protection sociale. Plus d'un Français sur cinq renonce à se soigner pour des raisons financières. Ce renoncement, qui décroît inversement avec le revenu, concerne au premier chef les personnes en situation de précarité et plus particulièrement parmi elles, les jeunes et les femmes : 40 % des chômeurs et des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) déclarent ainsi être contraints de ne pas se soigner par manque de moyens ».

Les titulaires de la CMU-C (5,2 millions à fin 2014) ont la faculté de faire gérer leurs prestations complémentaires soit par leur caisse d'assurance maladie, soit par un organisme proposant des garanties d'assurance complémentaire santé (mutuelle, société d'assurance ou institution de prévoyance). Les caisses d'assurance maladie regroupent une part prépondérante d'entre eux (86,4 % à fin 2014). Si le titulaire de la CMU-C choisit une gestion par un organisme d'assurance et perd ultérieurement cette qualité (du fait d'une augmentation des ressources du foyer), l'organisme d'assurance doit lui proposer une prolongation d'adhésion ou un contrat d'une durée d'un an comportant les mêmes prestations que la CMU-C, à un tarif préférentiel fixé par arrêté.

L'**aide au paiement d'une complémentaire santé** (0,3 Md€ en 2014) a été instituée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie afin de lisser l'effet de seuil de la CMU-C en incitant les personnes qui se situent au-delà de son plafond d'accès à souscrire une assurance complémentaire à titre individuel auprès d'un organisme d'assurance et de réduire l'écart de traitement en leur défaveur lié aux aides fiscales et sociales dont bénéficient les contrats collectifs d'assurance.

Désignée sous le terme de « crédit d'impôt », l'ACS est attribuée, pour une durée de douze mois indéfiniment renouvelable, aux ménages dont les ressources des douze derniers mois précédant la demande excèdent de moins de 35 % le plafond de la CMU-C (au 1er juillet 2014, 11 670,10 € par an pour une personne seule en métropole, montant majoré en fonction de la taille du foyer suivant des règles identiques à celles de la CMU-C). Afin de représenter de manière concrète l'avantage financier qu'elle procure, l'attestation d'un droit à l'ACS prend la forme d'une « lettre-chèque ». Fin 2014, 1,2 million de personnes étaient titulaires d'une attestation.

Celles qui utilisent l'ACS en souscrivant des garanties d'assurance complémentaire santé dans le délai maximal de six mois suivant la délivrance de l'attestation s'adressent principalement à des mutuelles (69,3 % à fin 2014), les sociétés d'assurance (28,6 %) et, plus encore, les institutions de prévoyance (2 %, eu égard aux limites posées par leur objet social) étant minoritaires.

À compter du 1er juillet 2015, l'ACS va connaître un bouleversement d'ampleur. En effet, elle est désormais réservée à la souscription de l'un des contrats sélectionnés par l'État (dont la liste est fixée par un arrêté du 10 avril 2015), à la suite d'un avis d'appel à la concurrence.

Une couverture complémentaire devenue indispensable du fait du désengagement de l'assurance maladie et en cours de généralisation

Selon une conception inchangée depuis 1945, l'assurance maladie obligatoire de base prend en charge les dépenses de santé exposées par les assurés sociaux dans la double limite de tarifs de responsabilité et d'un ticket modérateur, qui a pour objet de responsabiliser ces derniers.

La difficulté à mobiliser des ressources pour l'assurance maladie à hauteur de la progression des dépenses de santé a conduit à déconnecter de plus en plus fortement l'évolution des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie de celle des dépenses à la charge des ménages - hors ceux reconnus en affection de longue durée (ALD) - elles-mêmes faiblement régulées (dépassements d'honoraires des médecins conventionnés de secteur II depuis 1980, liberté des prix des dispositifs médicaux, comme l'optique) et à réduire la part des tarifs remboursée par l'assurance maladie (forfait journalier hospitalier en 1983, prise en charge intégrale au titre des ALD limitée aux dépenses qui leur sont liées en 1987, franchises et participations forfaitaires en 2005, déremboursements de médicaments).

Selon le dernier rapport annuel (année 2013) du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), l'assurance maladie obligatoire de base a pris en charge en 2012 76,1 % des dépenses de soins présentées au remboursement (dont 92,4 % pour les soins à l'hôpital et 67,7 % pour les soins ambulatoires, optique comprise). Cette part atteint 88,6 % pour les titulaires d'une ALD, qui bénéficient d'une prise en charge intégrale des soins liés à l'affection (dont 95 % pour les soins à l'hôpital et 84,4 % pour les soins ambulatoires, optique comprise), mais s'abaisse à 61,3 % pour les autres assurés (dont 88,1 % pour l'hôpital et 51 % seulement pour les soins ambulatoires, optique comprise).

Dans ce contexte, une couverture complémentaire santé de qualité revêt un caractère de plus en plus impératif pour les assurés sociaux. La part de la population bénéficiant d'une couverture complémentaire est passée de 31 % en 1960 à 95 % en 2010. En dehors de la CMU-C et de l'ACS, le législateur a reconnu l'importance de cette protection sociale en accordant des aides fiscales et sociales à la protection collective d'entreprise et en prévoyant sa généralisation obligatoire à l'ensemble des salariés au 1er janvier 2016 (loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, qui transpose l'article premier de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 « pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés »).

En revanche, le Fonds CMU-C ne finance pas la **couverture maladie universelle de base (CMU-B)**, instaurée par la loi du 27 juillet 1999 afin de généraliser l'assurance maladie obligatoire de base, en fonction d'un critère subsidiaire relatif à la résidence en France, aux personnes qui ne peuvent être affiliées à un régime d'assurance maladie à un autre titre (travail salarié ou indépendant, attribution de certaines prestations sociales, qualité d'ayant droit d'un affilié ou maintien des droits pendant une certaine durée), en remplacement de l'assurance personnelle que les conseils généraux prenaient en charge de manière hétérogène dans le cadre de l'aide médicale (2,4 millions de bénéficiaires à fin 2014[11]).

[11]. Hors travailleurs frontaliers en Suisse affiliés à la CMU de base.

Le financement de la CMU-B est à la charge de la branche maladie du régime général de sécurité sociale, auquel sont obligatoirement affiliés ses bénéficiaires, sous réserve du versement de cotisations (au taux de 8 %) par la minorité (48 000 personnes, soit 2 % du total) de ceux des titulaires de la CMU-B dont les ressources dépassent un certain plafond (9 601 € par foyer à compter du 1er octobre 2014).

La CMU de base et la CMU complémentaire sont soumises à des conditions identiques de stabilité de la résidence en France et, pour les personnes de nationalité étrangère, de régularité du séjour dans notre pays.

Les populations de bénéficiaires des deux couvertures maladie universelle, de base et complémentaire, coïncident en grande partie : fin 2014, 1,8 million d'assurés sociaux du régime général de sécurité sociale bénéficiaient à la fois de la CMU-B et de la CMU-C, soit respectivement 74,2 % des bénéficiaires de la CMU-B et 38 % de ceux de la CMU-C affiliés à ce même régime. À titre principal (83,4 %), il s'agit d'allocataires du RSA socle et de leurs ayants droit.

Au vu des difficultés rencontrées par une partie des assurés sociaux pour assurer la continuité de leurs droits à l'assurance maladie obligatoire de base, notamment en cas d'alternance de périodes d'activité et de chômage, mais aussi de la charge de travail des caisses d'assurance maladie induite par le traitement des changements de situation des assurés, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a récemment[12] annoncé le lancement d'un chantier de simplification visant à sécuriser les droits en question. Ce chantier a pour finalité une « simplification radicale de la couverture des soins », qui consisterait en l'instauration d'« un régime maladie véritablement universel », permettant à chaque assuré de faire de sa caisse d'affiliation son interlocuteur unique tout au long de sa vie. Dans le cadre de cette évolution, le critère de la résidence en France propre à la CMU de base pourrait se voir reconnaître une place accrue parmi les motifs d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire de base.

⁂

Conformément à la demande du Sénat, la présente communication examine en un premier temps l'évolution des règles d'éligibilité et du recours effectif à ces dispositifs. Elle apprécie ensuite la qualité de la protection complémentaire qu'ils procurent à leurs bénéficiaires. Elle analyse enfin les risques significatifs qui affectent tant leur gestion que leur soutenabilité financière.

Les mesures successives d'augmentation des plafonds de ressources de l'ACS et, dans une moindre mesure, de la CMU-C conduisent aujourd'hui à ouvrir ces droits à plusieurs millions de personnes. Toutefois, la CMU-C et, plus encore, l'ACS font l'objet d'un non-recours massif par les publics auxquels elles s'adressent. Si les organismes sociaux mettent en œuvre des actions visant à les promouvoir, elles n'atteignent pas à ce jour l'ampleur requise par le niveau du non-recours (chapitre I).

[12]. 5 mai 2015.

La CMU-C procure une couverture complémentaire de bon niveau, qui n'empêche pas la persistance de renoncements aux soins chez certains de ses bénéficiaires, dans un contexte parfois marqué par des refus de soins opposés par certains professionnels de santé. Aujourd'hui peu avantageux, le rapport qualité / prix des garanties d'assurance complémentaire santé souscrites avec le concours de l'ACS va connaître une nette amélioration à la suite de la sélection par l'État des contrats éligibles à cette aide, dont le niveau de protection se rapproche désormais de celui de la CMU-C (chapitre II).

Des risques lourds affectent ces dispositifs. L'attribution de la CMU-C connaît des faiblesses graves compte tenu d'un processus d'instruction des demandes non-sécurisé malgré les moyens importants et coûteux que l'assurance maladie lui consacre et de la fréquence des irrégularités liées à des omissions de ressources déclarées par les demandeurs, lesquelles sont nettement sous-estimées. L'absence de comparaison précise et fiable de la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C avec celle des autres assurés ne permet pas d'exclure que l'importance de leurs dépenses de santé ne soit pas seulement liée à un état de santé dégradé, mais traduise dans certains cas un recours excessif au système de santé. L'équilibre financier du Fonds CMU-C n'apparaît pas assuré à terme rapide, tout particulièrement si le recours à la CMU-C et à l'ACS venait à fortement augmenter comme les pouvoirs publics en ont fixé l'objectif. De ce fait, une révision des règles d'éligibilité et du niveau des droits qu'il finance pourrait s'imposer (chapitre III).

Chapitre I

Une ouverture à une population de plus en plus large, un non-recours toujours massif

Le droit à la CMU-C ou à l'ACS est conditionné par le niveau des ressources du foyer du demandeur. Les mesures d'augmentation des plafonds de ressources intervenues depuis le milieu de la précédente décennie conduisent à ouvrir l'ACS et, à un moindre degré, la CMU-C à un public de plus en plus large. Compte tenu de la définition étroite des ressources prises en compte, la CMU-C et l'ACS sont accordées dans des conditions plus favorables qu'il n'y paraît.

Depuis 2010, le nombre de titulaires de la CMU-C a fortement augmenté sous l'effet de l'augmentation de la précarité sociale liée au chômage et, à un moindre degré, d'un relèvement de son plafond de ressources en termes réels. Celui des titulaires de l'ACS s'est lui aussi fortement accru depuis l'entrée en vigueur de cette aide en 2005, mais sous l'effet de mesures de relèvement du plafond de ressources.

Toutefois, l'importance du non-recours à la CMU-C et à l'ACS par leurs bénéficiaires potentiels affaiblit considérablement l'effet de ces dispositifs sur l'accès aux soins des ménages dotés de faibles revenus. S'agissant de droits dont l'attribution est tributaire d'une demande des intéressés, les organismes sociaux mettent en œuvre diverses actions afin d'en assurer l'effectivité, dont l'ampleur demeure cependant insuffisante.

I - Une évolution des plafonds de ressources sans cohérence avec l'objectif affiché d'un alignement sur le seuil de pauvreté monétaire

A - Une évolution divergente des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS

À sa création, le plafond de ressources de la CMU-C a été fixé à 3 500 francs mensuels pour une personne seule, par référence au seuil statistique de pauvreté monétaire, alors fixé en France à 50 % du niveau de vie médian des ménages. Il était cependant inférieur (de près de 5 %) au seuil de pauvreté de la dernière année connue (1997) et, plus encore (de l'ordre de 12 %), de celui de l'année au cours de laquelle la CMU-C est entrée en vigueur (2000).

Comme le fait apparaître le tableau ci-après, les plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS ont connu des évolutions différenciées par rapport au seul statistique de pauvreté monétaire retenu par la France (50 % du revenu médian avant 2008, 60 % depuis lors, suivant la définition retenue au niveau international). Le premier a presque continument baissé quand le second a sensiblement progressé.

Tableau n° 1 : évolution des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS (métropole[13]) par rapport au seuil statistique de pauvreté monétaire au titre d'une personne seule[14] (en euros)

	CMU-C			ACS		
	Plafond de ressources (moyenne mensuelle)	En % du seuil de pauvreté monétaire à 60 % revenu médian	En % du seuil de pauvreté monétaire à 50 % revenu médian	Plafond de ressources (moyenne mensuelle)	En % du seuil de pauvreté monétaire à 60 % revenu médian	En % du seuil de pauvreté monétaire à 50 % revenu médian
2000	533,57	73,3 %	87,9 %	-	-	-
2001	548,82	72,4 %	86,8 %	-	-	-
2002	562,00	70,9 %	85,0 %	-	-	-
2003	566,50	70,2 %	84,2 %	-	-	-
2004	576,13	70,2 %	84,2 %	-	-	-
2005	587,16	69,1 %	82,9 %	675,23	79,4 %	95,4 %
2006	598,23	68,3 %	81,9 %	687,96	78,5 %	94,2 %
2007	606,01	66,7 %	80,1 %	727,21	80,1 %	96,1 %
2008	620,55	65,4 %	78,5 %	744,66	78,5 %	94,1 %
2009	626,76	65,7 %	78,8 %	752,11	78,8 %	94,6 %
2010	634,28	65,8 %	79,0 %	761,14	79,0 %	94,8 %
2010[15]	634,28	66,3 %	79,5 %	761,14	79,5 %	95,4 %
2011	647,60	66,3 %	79,6 %	895,98	83,5 %	100,2 %
2012	661,20	67,0 %	80,3 %	892,62	90,4 %	108,5 %
2013	716,08	Nd	Nd	966,71	Nd	Nd
2014	720,42	Nd	Nd	972,50	Nd	Nd

Source : Cour des comptes à partir des données INSEE (revenu médian et seuil de pauvreté).

[13]. Au 1er septembre 2003, un plafond de ressources propre aux résidents dans les DOM a été instauré afin de tenir compte d'un coût de la vie plus élevé qu'en métropole. D'abord fixé à 10,8 % au-delà du plafond applicable en métropole, il a été porté à 11,3 % au-delà de ce même plafond au 1er juillet 2007. Compte tenu de sa définition en pourcentage de celui de la CMU-C, le plafond de l'ACS dans les DOM excède depuis lors dans une mesure identique celui applicable en métropole.

[14]. Des majorations de 50 %, 30 % et 40 % sont appliquées aux plafonds de ressources afférents à une personne seule au titre respectivement de la 2ème personne (conjoint, partenaire PACS ou concubin), de la 3ème et de la 4ème, et à compter de la 5ème personne composant le foyer (enfants et autres personnes à charge de moins de 25 ans, par ordre décroissant d'âge).

[15]. À partir de 2010, les estimations de revenus financiers prennent en compte les résultats d'une nouvelle enquête.

Comme le montrent les développements ci-après, ce rapprochement entre les plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS et le seuil statistique de pauvreté monétaire porte sur des montants qui ne sont en réalité pas comparables entre eux. En effet, la pauvreté monétaire est appréciée par rapport au revenu disponible, tandis que les ressources prises en compte pour instruire les demandes de CMU-C et d'ACS comportent un grand nombre d'exclusions ou d'abattements par rapport à ce dernier. Lorsqu'on tient compte de la totalité des ressources, les plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS s'inscrivent à un niveau plus élevé par rapport au seuil de pauvreté monétaire (voir C - *infra*).

Le plafond de ressources de la CMU-C est révisé chaque année afin de tenir compte de l'évolution des prix à la consommation hors tabac. La révision, qui prend effet au 1er juillet, tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution effectif des prix de cette même année.

Jusqu'en 2013, la CMU-C a fait l'objet d'une stricte indexation sur les prix, ce qui a eu pour effet de diminuer tendanciellement le nombre de ses bénéficiaires par rapport à la population totale, avant que ne se manifestent les effets de la crise économique de 2009. En revanche, le plafond de l'ACS a fait l'objet de plusieurs mesures spécifiques de relèvement.

1 - L'écart croissant du plafond de ressources de l'ACS par rapport à celui de la CMU-C

Le plafond de ressources de l'ACS est fixé en pourcentage de celui de la CMU-C. Afin d'augmenter la population éligible à cette aide, il a été porté de 15 % au-delà de celui de la CMU-C à l'entrée en vigueur de l'aide au 1er janvier 2005 à 20 % au 1er janvier 2007, puis à 26 % au 1er janvier 2011 et, en dernier lieu, à 35 % au 1er janvier 2012.

2 - Un relèvement exceptionnel des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS au-delà de l'évolution des prix

Dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale annoncé par le Premier ministre (21 janvier 2013), le plafond de ressources de la CMU-C a fait l'objet au 1er juillet 2013 d'une revalorisation exceptionnelle de 7 % au-delà de celle de 1,3 % correspondant à l'inflation, soit 8,3 % au total.

Compte tenu de sa définition en pourcentage de celui de la CMU-C, le plafond de ressources de l'ACS a fait l'objet d'une réévaluation identique[16], calibrée afin d'en porter le montant pour une personne seule au niveau du seuil statistique de pauvreté monétaire. Le plafond de ressources de l'ACS applicable au 1er juillet 2013 (966,71 € en moyenne mensuelle) s'est avéré légèrement supérieur au seuil statistique de pauvreté monétaire relatif à l'année 2010 (957 €) et légèrement inférieur à ceux relatifs à 2011 (977 €) et 2012 (987 €).

[16]. La baisse en euros constants du revenu médian, qui atteint 1,6 % entre 2010 et 2012 (dernière année pour laquelle cette donnée est disponible) a réduit l'importance de la revalorisation du plafond de ressources de l'ACS nécessaire à la réalisation de cet objectif.

B - Une incidence massive des relèvements de plafonds de ressources sur les bénéficiaires potentiels de l'ACS et, dans une moindre mesure, de la CMU-C

Les relèvements successifs du plafond de ressources de l'ACS ont porté de 0,8 million à 1,1 million à son entrée en vigueur en 2005 à 3,6 millions à 5,2 millions au second semestre 2013 le nombre de personnes qui, en France métropolitaine[17], répondent aux conditions de ressources pour en bénéficier. Le relèvement du plafond de ressources de la CMU-C intervenu en 2013 a par ailleurs entraîné une importante augmentation du nombre de personnes éligibles à ce dispositif, qui s'élève, pour la seule France métropolitaine, entre 5,9 millions et 7,1 millions de personnes au second semestre 2013.

1 - Une incidence très forte sur les personnes éligibles à l'ACS et, à un moindre degré, de la CMU-C

Le relèvement du plafond de ressources de la CMU-C au 1er juillet 2013 a fait entrer dans le champ de cette dernière des personnes qui satisfaisaient auparavant aux conditions de ressources de l'ACS. Leur nombre est estimé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) entre 0,4 et 0,6 million pour la seule France métropolitaine.

L'augmentation concomitante du plafond de ressources de l'ACS a compensé et au-delà cette incidence sur le nombre de personnes éligibles à cette aide. Selon l'estimation de la DREES, la population éligible aurait augmenté, en net[18], entre 0,7 et 1,1 million de personnes pour la seule France métropolitaine.

Au total, selon les éléments communiqués par la DREES, entre 2,7 millions et 4,0 millions de personnes seraient entrées dans le champ des personnes éligibles à l'ACS en France métropolitaine, sous l'effet des relèvements de son plafond de ressources intervenus avant 2013 et de celui mis en œuvre au 1er juillet 2013.

Le tableau ci-après récapitule l'incidence des relèvements du plafond de ressources de l'ACS sur l'étendue de la population de la France métropolitaine qui répond aux conditions de ressources de cette aide.

[17]. Les bénéficiaires potentiels de la CMU-C et à l'ACS dans les DOM ne font pas l'objet d'estimations.

[18]. Après déduction des personnes auparavant éligibles à l'ACS qui remplissent désormais les conditions pour bénéficier de la CMU-C.

Tableau n° 2 : incidence (nette) des relèvements successifs du plafond de ressources sur le nombre de personnes répondant aux conditions de ressources de l'ACS (France métropolitaine, en millions)

Tranche de ressources	Date	Nombre de personnes répondant aux conditions de ressources
Plafond de la CMU-C +15 %	1er janvier 2005	0,8 – 1,1
Plafond de la CMU-C +20 %	1er janvier 2007	+0,4 - +0,6
Plafond de la CMU-C +26 %	1er janvier 2011	+0,5 - +0,8
Plafond de la CMU-C +35 %	1er janvier 2012	+1,0 - +1,5
Sous-total		**+2,0 - +2,8**
Relèvements du plafond de ressources en termes réels de 7 %	1er juillet 2013	+0,7 - +1,1
Total		**+2,7 - +4,0**

Source : Cour des comptes, à partir des estimations de la DREES, ministère chargé de la sécurité sociale.

2 - Un effet plus mesuré sur l'évolution du nombre des titulaires effectifs de la CMU-C et de l'ACS

Selon la prévision initiale établie par la direction de la sécurité sociale et par le Fonds CMU-C, l'augmentation des plafonds de ressources de juillet 2013 devait entraîner une augmentation de 370 000 du nombre de titulaires de la CMU-C. La prévision se fondait sur une cible de 470 000 nouveaux bénéficiaires potentiels, arrondis à 500 000, et l'estimation d'un recours effectif à la CMU-C par 80 % d'entre eux. Les titulaires de l'ACS devaient quant à eux augmenter de 350 000 au total : 500 000 personnes supplémentaires devaient bénéficier de l'ACS et 150 000 se reporter vers la CMU-C.

Selon l'estimation la plus récente du Fonds CMU-C (janvier 2015), qui découle de l'extrapolation au plan national des résultats d'un dispositif de suivi de la mesure « pauvreté » qu'il a mis en place en liaison directe avec 11 CPAM regroupant 30 % des bénéficiaires de la CMU-C, la mesure aurait eu un effet plus faible : à fin 2014, elle se serait traduite par 309 200 attributions de la CMU-C et 254 600 attestations d'ACS, engendrant elles-mêmes 203 700 souscriptions de garanties d'assurance complémentaire santé.

La montée en charge du nombre de titulaires de la CMU-C aurait atteint son terme à fin 2014. Elle représenterait à elle seule près d'un tiers de l'augmentation estimée des charges du Fonds CMU-C liées à la CMU-C entre 2013 et 2015 (111 M€ sur 352 M€ au total). Celle du nombre d'utilisateurs de l'ACS serait appelée à se poursuivre jusqu'à 300 000 en 2016, pour un coût total de 90 M€ au titre de cette même année.

Selon le cas, les nouveaux bénéficiaires de la CMU-C en bénéficiaient déjà mais, en l'absence de majoration du plafond de ressources, auraient cessé d'en remplir les conditions pour relever de l'ACS, ou bénéficiaient de l'ACS, mais ont vu leurs ressources baisser en-deçà du plafond de la CMU-C ou encore ne bénéficiaient ni de la CMU-C, ni de l'ACS.

Pour autant, le nombre de titulaires d'une attestation à l'ACS a peu augmenté au cours de l'année 2014 : fin décembre 2014, il s'établissait à 1,2 million de personnes, contre 1,16 million à fin décembre 2013 (soit +3,9 %). Un phénomène partiel de substitution pourrait s'être opéré entre les nouveaux titulaires d'une attestation à l'ACS à la suite du relèvement du plafond de ressources, et les anciens titulaires, qui n'ont pas effectué les démarches nécessaires au renouvellement de l'aide.

C - Une appréciation des ressources restrictive et en décalage par rapport au seuil statistique de pauvreté monétaire

Comme il a été indiqué, les plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS sont en principe corrélés au seuil statistique de pauvreté monétaire (soit 60 % du revenu médian).

Toutefois, de nombreuses exclusions ainsi que des abattements sont appliqués aux ressources prises en considération lors de la demande du bénéfice de ces dispositifs. Lorsque l'on tient compte de l'exclusion de certaines ressources ou de leur valorisation sous la forme d'un forfait, le plafond de ressources de l'ACS dépasse aujourd'hui le seuil de pauvreté monétaire dans la plupart des cas.

1 - Une définition étroite des ressources prises en compte

Les ressources prises en compte pour déterminer l'existence d'un droit à la CMU-C ou à l'ACS font l'objet d'une définition homogène.

La détermination des ressources prend en compte l'ensemble des revenus, imposables ou non imposables, perçus au cours des douze derniers mois précédant la demande (revenus d'activité salariée et non salariée, prestations sociales, revenus du patrimoine mobilier et immobilier, pensions alimentaires reçues et sommes versées par des tiers notamment), sous réserve :

- d'un abattement de 30 % sur les revenus d'activité en cas d'inactivité forcée (interruption de travail depuis au moins 6 mois du fait d'une longue maladie, chômage total ou partiel, perception de l'allocation de solidarité spécifique, de l'allocation temporaire d'attente ou d'une rémunération de stage de formation professionnelle légale ou conventionnelle) ;
- de l'exclusion de la prime pour l'emploi, au motif qu'il s'agit d'un mécanisme de récupération fiscale ;
- de l'exclusion des bourses d'études de l'enseignement primaire et secondaire (celles de l'enseignement supérieur étant en revanche prises en compte) ;
- d'exclusions relatives à certaines prestations sociales.

Les prestations sociales non prises en compte dans le calcul des ressources

Sont exclues de la détermination des ressources des demandeurs de la CMU-C et de l'ACS les prestations suivantes :

- le revenu de solidarité active (RSA) socle. De ce fait, les personnes titulaires du RSA socle majoré sont dans tous les cas éligibles à la CMU-C ;

- le RSA activité ;

- une partie des prestations de la prestation d'accueil du jeune enfant - PAJE (allocation de base, complément de libre choix du mode de garde, prime à la naissance ou à l'adoption) ;

- l'allocation de rentrée scolaire (ARS) ;

- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments ;

- l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;

- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne et les majorations pour tierce personne et prestation de compensation ;

- les aides au logement, la disposition d'un logement étant valorisée par la voie d'un forfait (voir *infra*) ;

- les primes de déménagement ;

- les primes de fin de rééducation fonctionnelle et les prêts d'honneur en vue d'une installation industrielle, artisanale ou agricole ;

- les prestations en nature d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail – maladies professionnelles ;

- les indemnités en capital accordées aux victimes d'accidents du travail ;

- les capitaux décès ;

- les frais funéraires en cas d'accident suivi de mort de l'assuré ;- les aides et secours financiers à caractère irrégulier (y compris les prestations de garde à domicile).

Les autres prestations sociales sont prises en compte pour leur montant intégral.

Les prestations sociales prises en compte dans le calcul des ressources

Sont intégrées dans la détermination des ressources des demandeurs les prestations suivantes :

- les pensions de retraite de base (y compris l'allocation de solidarité pour les personnes âgées – ASPA – et les autres prestations du minimum vieillesse et l'allocation veuvage) et complémentaires, de droit dérivé (pensions de réversion) comme de droit propre ;

- les pré-retraites et assimilées ;

- les allocations familiales ;

- le complément de libre choix d'activité de la PAJE (CLCA-PAJE) ;

- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;

- les pensions d'invalidité ;
- l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité (ASI) ;
- les rentes d'accidents du travail – maladies professionnelles ;
- les indemnités journalières ;
- les allocations de chômage (y compris l'allocation de solidarité spécifique – ASS – versée aux chômeurs en fin de droit) ;
- les aides et secours financiers à caractère régulier.

Au-delà des revenus, la détermination des ressources tient compte de l'avantage en nature procuré par la disposition d'un logement à titre gratuit (propriétaires ne bénéficiant pas d'une aide personnelle au logement et personnes hébergées à titre gratuit) ou à prix réduit (propriétaires et locataires bénéficiant d'une aide personnelle au logement). Il est valorisé par un « forfait logement » fixé suivant un pourcentage du RSA socle modulé en fonction de la situation du demandeur au regard du logement et de la taille du foyer.

Tableau n° 3 : règles de calcul du forfait logement pris en compte pour l'appréciation des ressources des demandeurs de la CMU-C et de l'ACS

Composition du foyer CMU-C	Propriétaire sans aide au logement ou occupant à titre gratuit	Propriétaire ou locataires bénéficiant d'une aide au logement
1 personne	12 % du RSA socle pour une personne	
2 personnes	14 % du RSA socle pour deux personnes	16 % du RSA socle pour deux personnes
3 personnes et plus	14 % du RSA socle pour trois personnes	16,5 % du RSA socle pour trois personnes

Source : code de la sécurité sociale (article L. 861-2).

Le forfait logement pris en compte est ainsi sans rapport avec le niveau effectif de l'avantage considéré.

2 - Un plafond de ressources de l'ACS désormais supérieur, dans la plupart des cas, au seuil statistique de pauvreté monétaire

Suivant les définitions retenues au niveau international, la pauvreté monétaire est mesurée sur un plan statistique par référence au niveau de vie médian. Le niveau de vie correspond au revenu disponible, lequel comprend les revenus d'activité et du patrimoine, les prestations sociales et les transferts en provenance d'autres ménages, nets des impôts directs (impôt sur le revenu, taxe d'habitation, CSG et CRDS). Pour déterminer le niveau de vie par habitant, le revenu disponible des ménages est divisé en des unités de consommation fonction du nombre et du rang des individus qui les composent.

Comme déjà indiqué, le plafond de ressources de la CMU-C (soit 8 644,52 € par an pour une personne seule résidant en métropole au 1er juillet 2014) s'inscrit nettement en-deçà du seuil statistique de pauvreté monétaire à 60 % du revenu médian (soit 11 923 € en 2012). Celui de l'ACS (11 670,10 € par an pour une personne seule résidant en métropole au 1er juillet 2014) demeure quant à lui légèrement inférieur à ce dernier.

Toutefois, le calcul des ressources ne prend pas en compte, comme il a été vu, la totalité de celles dont disposent les demandeurs de la CMU-C et de l'ACS. Il diffère sur plusieurs points déterminants de la définition statistique de la pauvreté monétaire, dans le sens d'une minoration des ressources en question :

- la définition statistique intègre l'ensemble des prestations sociales pour leur montant réel, alors que plusieurs d'entre elles ne sont pas prises en compte au titre de la CMU-C et de l'ACS (voir *supra*), ou bien le sont pour un montant forfaitaire inférieur à leur montant réel (aides au logement) ; de même, la prime pour l'emploi n'est pas intégrée aux ressources des demandeurs de la CMU-C et de l'ACS ;
- elle prend en compte l'ensemble des revenus d'activité pour leur montant réel, alors qu'un abattement (de 30 %) est appliqué aux revenus des demandeurs de la CMU-C et de l'ACS en longue maladie ou en chômage.

Selon le cas, la composition du foyer conduit à minorer ou bien à majorer les ressources retenues au titre de la CMU-C et de l'ACS par rapport au revenu disponible. En effet, s'il est tenu compte de la même façon du conjoint, quel qu'en soit le statut (prise en compte à hauteur de 50 %), il n'en va pas de même des autres membres du foyer :

- s'agissant de la CMU-C et de l'ACS, des majorations de 30 % et de 40 % sont appliquées aux plafonds de ressources afférents à une personne seule au titre respectivement de la 3ème et de la 4ème personne et à compter de la 5ème personne composant le foyer (enfants et autres personnes à charge de moins de 25 ans, par ordre décroissant d'âge) ;
- pour déterminer le revenu disponible par habitant, sont prises en compte une demi-unité de consommation pour les membres du foyer de rang 3 et au-delà de 14 ans et plus et 0,3 unité de consommation pour les enfants de moins de 14 ans.

Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les plafonds de ressources sont plus favorables aux demandeurs de la CMU-C et de l'ACS que la référence au revenu disponible par habitant pour les familles nombreuses ayant de jeunes enfants. En revanche, ils sont moins favorables aux familles, étroites ou nombreuses, comprenant des adolescents.

En définitive, si l'on exclut la composition du foyer, les règles de détermination des ressources sont dans tous les cas de figure plus favorables aux demandeurs de la CMU-C et de l'ACS que la référence au revenu disponible, dès lors qu'ils sont locataires ou propriétaires et bénéficient d'une aide au logement.

C'est dans un seul cas de figure qu'elles leur sont dans tous les cas moins favorables : lorsqu'ils sont propriétaires de leur logement et ne reçoivent pas d'aides au logement, ou bien s'ils sont hébergés à titre gratuit, et qu'ils perçoivent des prestations sociales dont il est tenu compte pour l'intégralité de leur montant (pensions de retraite de base et complémentaires, rentes d'accidents du travail et maladies professionnelles, pensions d'invalidité, indemnités journalières, prestations familiales, etc.).

II - Des dynamiques distinctes d'augmentation du nombre des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

Fin 2014, les droits financés par le Fonds CMU-C bénéficiaient à 6,4 millions de personnes, soit 9,5 % des assurés sociaux, dont 5,2 millions pour la CMU-C (7,7 % des assurés sociaux) et 1,2 million pour l'ACS (1,8 % des assurés sociaux).

Après s'être stabilisé, voire tassé après sa création en 2000, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C augmente de manière continue depuis 2010 sous l'effet principalement des incidences de la crise économique sur l'emploi et le revenu des ménages. Depuis l'origine, la population des bénéficiaires de la CMU-C est plus particulièrement représentée dans les régions qui connaissent des niveaux élevés de chômage et de recours aux minima sociaux (RSA socle).

Depuis la création de cette aide en 2005, le nombre de titulaires de l'ACS augmente de manière non linéaire, sinon par à-coups, en réaction aux mesures de relèvement de son plafond de ressources. À un instant donné, 4/5ème environ des attestations à l'ACS s'accompagnent de garanties d'assurance complémentaire santé. La distribution géographique des titulaires de l'ACS épouse, avec des écarts, celle des titulaires de la CMU-C.

A - Les bénéficiaires de la CMU-C : une population importante, en forte augmentation depuis 2010 et concentrée au plan géographique

Fin 2014, la CMU-C comptait 5,2 millions de bénéficiaires, soit 7,7 % du nombre total de ressortissants d'un régime de base d'assurance maladie, dont 4,6 millions en métropole et 0,6 million dans les départements d'outremer. Conformément à sa place prépondérante au sein de la sécurité sociale, le régime général regroupait 90,1 % des bénéficiaires. Seuls 13,6 % des bénéficiaires, tous régimes d'assurance maladie confondus, étaient gérés par un organisme d'assurance (mutuelle, société d'assurance ou, plus rarement, institution de prévoyance) ; pour les autres, le droit à la CMU-C était géré par leur caisse d'assurance maladie.

1 - L'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C : un tassement suivi d'une augmentation ininterrompue depuis 2010

Les données relatives au nombre de bénéficiaires de la CMU-C antérieures à 2005 doivent être prises en compte avec prudence, compte tenu de la présence dans celles de la CNAMTS de double-comptes liés à l'affiliation d'une même personne sur plusieurs caisses (prise en compte d'assurés ayant changé de régime ou de CPAM de rattachement) ou au titre de deux assurés (double prise en compte des enfants rattachés aux deux parents). En 2008, la CNAMTS a fait évoluer ses méthodes et corrigé les données jusqu'à 2005 compris.

Sous les réserves précédentes, le tableau ci-après décrit l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C en moyenne annuelle et au 31 décembre depuis son instauration au 1er janvier 2000[19].

Tableau n° 4 : évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C (en millions)

	Métropole	*Variation*	DOM	*Variation*	Total	*Variation*
31 décembre 2000	4,44		0,62		5,06	
31 décembre 2001	4,10	-7,8 %	0,62	+0,1 %	4,72	-6,8 %
31 décembre 2002	3,98	-2,9 %	0,59	-4,3 %	4,57	-3,1 %
31 décembre 2003	4,09	+2,8 %	0,62	+5,4 %	4,71	+3,1 %
31 décembre 2004	4,16	+1,7 %	0,60	-3,9 %	4,76	+0,9 %
31 décembre 2005 (1)	4,21	+1,3 %	0,62	+4,1 %	4,84	+1,7 %
31 décembre 2005 (2)	3,87		0,58		4,45	
31 décembre 2006	3,91	+1,2 %	0,59	+2,6 %	4,51	+1,4 %
31 décembre 2007	3,81	-2,8 %	0,59	-0,9 %	4,39	-2,5 %
31 décembre 2008	3,62	-4,8 %	0,56	-3,1 %	4,19	-4,7 %
31 décembre 2009	3,61	-0,2 %	0,57	+0,2 %	4,18	-0,2 %
31 décembre 2010	3,76	+4,2 %	0,56	-0,6 %	4,33	+3,5 %
31 décembre 2011	3,86	+2,4 %	0,57	+0,8 %	4,42	+2,2 %
31 décembre 2012	3,97	+2,9 %	0,57	+0,8 %	4,54	+2,7 %
31 décembre 2013	4,30	+8,4 %	0,59	+2,8 %	4,89	+7,7 %
31 décembre 2014 (3)	4,58	+6,5 %	0,62	+5,1 %	5,20	+6,3 %

Source : Fonds CMU-C.
(1) Avant « rétropolation » effectuée par la CNAMTS. (2) Après « rétropolation » effectuée par la CNAMTS (3) Données provisoires.

À titre principal, la baisse du nombre de bénéficiaires de la CMU-C entre fin 2000 et fin 2002 (de 0,5 million) découle de la révision des droits à la CMU-C des bénéficiaires de l'aide médicale départementale, lesquels avaient été maintenus jusqu'en juin 2001, voire décembre 2001 pour ceux qui dépassaient le seuil de ressources de moins de 10 %. Depuis décembre 1999, la situation d'une partie d'entre eux avait évolué.

Entre 2003 et 2009, la stabilité globale du nombre de bénéficiaires de la CMU-C traduit l'incidence de l'indexation du plafond de ressources sur l'évolution des prix à la consommation. En période de croissance économique, même ralentie, la stabilité du taux de chômage et l'augmentation des revenus salariaux réels, y compris dans le bas de l'échelle, tendent à peser sur le nombre de personnes ayant droit à la CMU-C.

[19]. À ce titre, ce tableau mentionne les données corrigées des années 2006 et 2007 et fait apparaître la rupture statistique de l'année 2005, qui a entraîné une réduction de 0,4 million, soit 1/10ème environ de l'effectif, du nombre de bénéficiaires effectifs de la CMU-C.

Entre fin 2009 et fin 2014, le nombre de titulaires de la CMU-C est passé de 4,2 millions à 5,2 millions de personnes, sous le double effet :

- de la crise économique (+0,7 million de personnes), laquelle a eu une double incidence :
  - l'augmentation continue du nombre de bénéficiaires du RSA socle, qui bénéficient de droit de la CMU-C : en France métropolitaine, le nombre de foyers bénéficiaires du RSA socle[20] est passé de 1,3 million à fin 2009 à 1,6 million à fin juin 2014 (+25,7 %) ; dans les DOM, il est passé de 178 000 à 200 000 au cours de la même période (+12,5 %) ;
  - la traduction croissante dans les ressources des douze mois précédant la demande de CMU-C des baisses de revenus provoquées par le chômage : les modalités d'indemnisation de la perte d'emploi conduisent à maintenir les revenus au-dessus du plafond de la CMU-C pendant un nombre variable de mois. Un décalage intervient ainsi entre l'évolution du nombre de demandeurs d'emplois et celui des bénéficiaires de la CMU-C ;
- de la mesure exceptionnelle d'augmentation du plafond de ressources en termes réels de juillet 2013 (+0,3 million de personnes).

Le profil des titulaires de la CMU-C : une population jeune et féminine
(source : Fonds CMU-C)

En 2014, dans le régime général de sécurité sociale, la population des bénéficiaires de la CMU-C comprenait 44,2 % de personnes âgées de moins de 20 ans (contre 24,7 % dans la population générale), 28,4 % de personnes de 20 à 39 ans (contre 24,1 % dans la population générale), 22,3 % de personnes de 40 à 59 ans (contre 26,8 % dans la population générale) et 5,1 % seulement de personnes de 60 ans et plus (contre 24,5 % dans la population générale).

Par ailleurs, 57,2 % des bénéficiaires de la CMU-C âgés de 20 ans et plus étaient des femmes (contre 52,4 % dans la population générale).

La faiblesse de la part des personnes âgées de 60 ans et plus traduit le fait que, passé l'âge de la retraite, leurs ressources dépassent dans tous les cas le plafond de la CMU-C. En effet, le montant du minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées - ASPA) est supérieur à ce dernier. Les titulaires de l'ASPA et, plus généralement, ceux de pensions de retraite de faible montant, sont en revanche éligibles à l'ACS (voir *infra*).

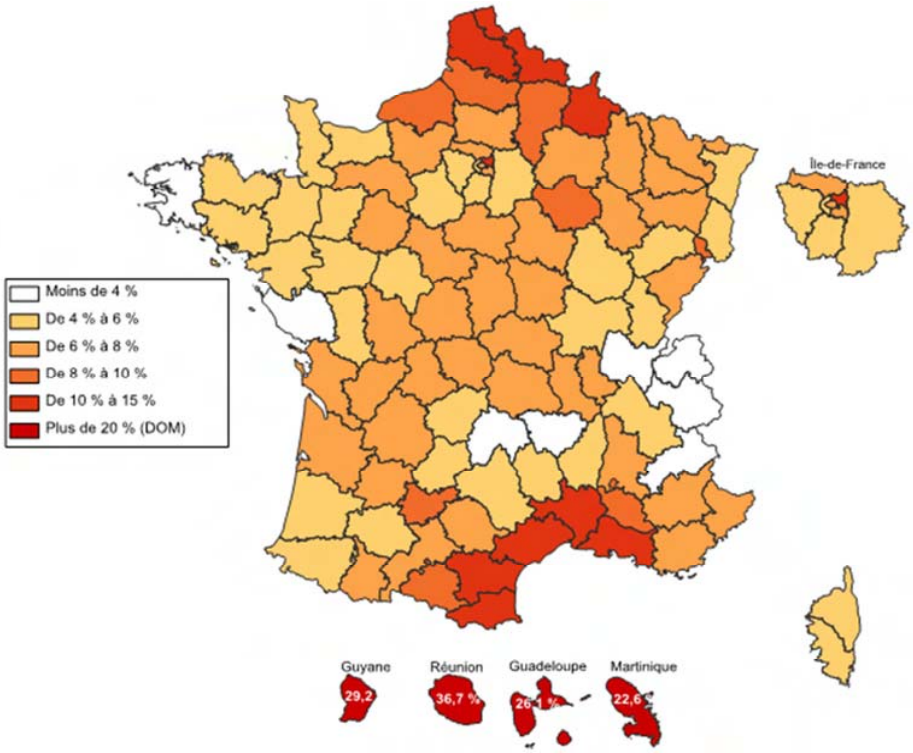
2 - Une forte représentation dans les DOM, le Sud, le Nord, l'Est et une partie de l'Ile-de-France

La proportion de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à l'ensemble des assurés sociaux est en moyenne nationale (DOM compris) de 7,7 % à fin 2014. Cette moyenne recouvre de fortes disparités entre les départements, comme le montre la carte ci-après, qui

[20]. Foyers dont l'un au moins des membres bénéficie du RSA socle, du RSA socle majoré ou d'un cumul entre le RSA socle ou le RSA socle majoré et le RSA activité.

sont corrélées sur un plan global avec les nombres de bénéficiaires de la CMU de base et du RSA socle[21] :

Carte n° 1 : titulaires de la CMU-C / assurés sociaux par département au 31 décembre 2014[22]



Source : Fonds CMU-C, composition Cour des comptes.

En métropole, les bénéficiaires de la CMU-C représentent en moyenne 7 % des assurés à fin 2014. Cette proportion a augmenté par rapport à fin 2008, où elle atteignait 5,8 %. Elle est nettement plus élevée dans les départements du Nord-Pas-de-Calais, du Languedoc-Roussillon, de Provence-Alpes-Côte d'Azur, de Champagne-Ardenne, de Haute-Normandie et de Picardie, ainsi que dans une partie de ceux de l'Ile-de-France (Seine-Saint-Denis, Val d'Oise et Essonne). À l'opposé, les départements des régions Bretagne et Pays-de-la-Loire, ainsi que d'une partie de la région Rhône-Alpes, comptent une faible proportion de bénéficiaires de la CMU-C.

Depuis la création de la CMU-C, la distribution géographique de ses bénéficiaires n'a pas connu de bouleversement majeur. Elle a cependant augmenté dans les régions du nord et de l'est de la France métropolitaine et baissé dans une partie de celles du sud. Le tableau ci-

[21]. Cf. annexe n° 5.

[22]. Régime général (CNAMTS), régime agricole (MSA) et régime social des indépendants (RSI), à l'exclusion des autres régimes et des sections locales mutualistes.

après compare la part de la population couverte par la CMU-C par région à fin 2002 et à fin 2014.

Tableau n° 5 : part de la population couverte par la CMU-C par région à fin 2002 et à fin 2014[23]

	Part de la population couverte par la CMU-C à fin 2002	Part de la population couverte par la CMU-C à fin 2014 (1)
Languedoc-Roussillon	11,7 %	10,6 % (-)
Nord-Pas-de-Calais	10,6 %	11,7 % (+)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9,4 %	8,6 % (-)
Corse	7,7 %	5,2 % (-)
Picardie	7,4 %	7,8 % (+)
Haute-Normandie	7,3 %	7,9 % (+)
Champagne-Ardenne	7,2 %	8,0 % (+)
Île-de-France	6,7 %	7,0 % (+)
Midi-Pyrénées	6,8 %	6,8 %
Aquitaine	6,3 %	6,0 % (-)
Poitou-Charentes	6,2 %	6,3 % (+)
Basse-Normandie	5,9 %	5,6 % (-)
Limousin	5,7 %	6,6 % (+)
Bourgogne	5,3 %	5,6 % (+)
Auvergne	5,3 %	5,6 % (+)
Rhône-Alpes	5,2 %	5,5 % (+)
Centre	5,2 %	6,4 % (+)
Lorraine	5,2 %	6,7 % (+)
Franche Comté	4,9 %	6,0 % (+)
Pays-de-la-Loire	4,6 %	5,2 % (+)
Alsace	3,9 %	5,6 % (+)
Bretagne	4,1 %	4,3 % (+)
France métropolitaine	**6,7 %**	**7,0 % (+)**
La Réunion	42,4 %	36,6 % (-)
Guadeloupe	30,2 %	26,8 % (-)
Guyane	26,3 %	36,8 % (+)
Martinique	25,9 %	25,0 % (-)
DOM	**34,0 %**	**32,1 % (-)**
France métropolitaine et DOM	**7,4 %**	**7,7 % (+)**

Source : Fonds CMU-C.
(1) Données provisoires.

Les quatre départements d'outremer - La Réunion, Guadeloupe, Guyane et Martinique - concentrent une part élevée des bénéficiaires de la CMU-C : au 31 décembre 2014, ils représentaient 11,9 % de ces derniers, pour 2,8 % des assurés sociaux. En moyenne, près d'un assuré sur trois à un régime d'assurance maladie y bénéficie de la CMU-C.

[23]. Régime général (CNAMTS), régime agricole (MSA) et régime social des indépendants (RSI), à l'exclusion des autres régimes d'assurance maladie et des sections locales mutualistes. Pour 2002, données comportant des double-comptes pour l'ensemble des régions (voir *supra*).

Malgré l'instauration d'un plafond de ressources plus élevé que celui applicable en métropole (voir *supra*), la part de la population couverte par la CMU-C a toutefois baissé sur longue période : fin 2014, elle s'élève en moyenne à 32,1 % contre 34 % à fin 2002 (sachant toutefois que cette proportion comportait des double-comptes, voir *supra*). La baisse de la part de la population couverte par la CMU-C à La Réunion et, dans une moindre mesure, à la Guadeloupe traduit l'incidence du réexamen de la situation des personnes auxquelles la CMU-C avait été accordée au regard de leur qualité de bénéficiaires de l'aide médicale départementale. Par exception à cette tendance générale, la proportion de bénéficiaires de la CMU-C a connu une forte hausse en Guyane depuis 2002. Entre fin 2013 et fin 2014, elle a fortement augmenté dans l'ensemble des départements d'outremer, comme le montre le tableau ci-après, en corrélation avec la hausse du nombre de bénéficiaires du RSA socle :

Tableau n° 6 : évolution de la part de la population couverte par la CMU-C dans les DOM entre fin 2013 et fin 2014[24]

	Part de la population couverte par la CMU-C à fin 2013	Part de la population couverte par la CMU-C à fin 2014 (1)
La Réunion	36,1 %	36,6 % (+)
Guyane	32,4 %	36,8 % (+)
Guadeloupe	25,7 %	26,8 % (+)
Martinique	22,4 %	25,0 % (+)

Source : Fonds CMU-C.
(1) Données provisoires.

B - Les titulaires et les utilisateurs de l'ACS : une augmentation suscitée par les relèvements du plafond de ressources, une diffusion inégale sur le territoire

Deux indicateurs permettent d'apprécier la diffusion de l'ACS : le nombre de titulaires d'attestations d'un droit à l'ACS délivrées par les caisses d'assurance maladie pour une durée de 12 mois et le nombre de titulaires d'un droit à l'ACS qui utilisent effectivement leur attestation dans le délai légal de 6 mois pour souscrire des garanties contractuelles d'assurance complémentaire santé. Depuis la création de cette aide en 2005, les effectifs de titulaires et d'utilisateurs de l'ACS s'inscrivent à la hausse sous l'effet des relèvements du plafond de ressources de cette aide.

[24]. Régime général (CNAMTS), régime agricole (MSA) et régime social des indépendants (RSI), à l'exclusion des autres régimes d'assurance maladie et des sections locales mutualistes.

1 - L'évolution du nombre de titulaires d'une attestation à l'ACS : une progression par à-coup

Fin 2014, le nombre de titulaires d'une attestation d'un droit à l'ACS utilisable auprès d'un organisme proposant des garanties d'assurance complémentaire santé s'élève à 1,2 million, soit 1,8 % des assurés sociaux. Comme le montre le tableau ci-après, ce nombre a triplé depuis la première année de l'aide :

Tableau n° 7 : évolution du nombre d'attestations ACS délivrées et utilisées (en millions)

	Nombre d'attestations délivrées sur 12 mois (1)	Variation sur un an	Nombre d'attestations utilisées sur 12 mois (2)	Variation sur un an	Utilisation des attestations délivrées (3)=(2)/(1)
31 déc. 2005	0,40	-			
30 nov. 2005			0,18	-	44,3 %
31 déc. 2006	0,39	-2,7%			
30 nov. 2006			*0,24*	*+35,0 %*	*61,5 %*
31 déc. 2007	0,51	+30,6 %			
30 nov. 2007			*0,33*	*+37,0 %*	*64,5 %*
31 déc. 2008	0,60	+16,7 %			
30 nov. 2008			*0,44*	*+34,2%*	*74,1 %*
31 déc. 2009	0,60	+0,5 %			
30 nov. 2009			*0,50*	*+13,4 %*	*83,7 %*
31 déc. 2010	0,63	+5,3 %			
30 nov. 2010			*0,53*	*+6,2 %*	*84,4 %*
31 déc. 2011	0,76	+20,8 %			
30 nov. 2011			*0,62*	*+16,6 %*	*81,4 %*
31 déc. 2012	1,05	+31,7 %			
30 nov. 2012			*0,77*	*+24,6 %*	*77,0 %*
31 déc. 2013	1,16	+15,1 %			
30 nov. 2013			*0,89*	*+14,4 %*	*76,5 %*
31 déc. 2014	1,20	+3,9 %			
30 nov. 2014			*0,94*	*+5,5 %*	*76,5 %*

Source : Fonds CMU-C.

Le rythme d'augmentation du nombre de titulaires d'une attestation est corrélé aux relèvements successifs du plafond de ressources. Ainsi, les années lors desquelles ont pris effet des relèvements du plafond de ressources de l'ACS par rapport à celui de la CMU-C (2007, 2011 et 2012) sont plus dynamiques que les suivantes, même si les effets de ces majorations se prolongent sur certaines de ces dernières (2008 et 2013). L'évolution des

effectifs de titulaires d'une attestation à l'ACS en 2013 et en 2014 reflète par ailleurs les incidences du relèvement du plafond de ressources de juillet 2013.

Le profil des titulaires de l'ACS : une répartition équilibrée entre classes d'âge
(source : Fonds CMU-C)

En 2014, dans le régime général de sécurité sociale, la population couverte par une attestation à l'ACS comprenait 23,8 % de personnes âgées de moins de 16 ans, 37,8 % de personnes de 16 à 49 ans, 13,0 % de personnes de 50 à 59 ans et 25,4 % de personnes de 60 ans et plus. La part relative des personnes âgées de 60 ans correspond à la part de cette catégorie d'âges au sein de la population générale (24,5 %). Elle a fortement augmenté (en 2010, elle représentait moins de 20 % des attributions), corrélativement à la baisse de celle des autres adultes.

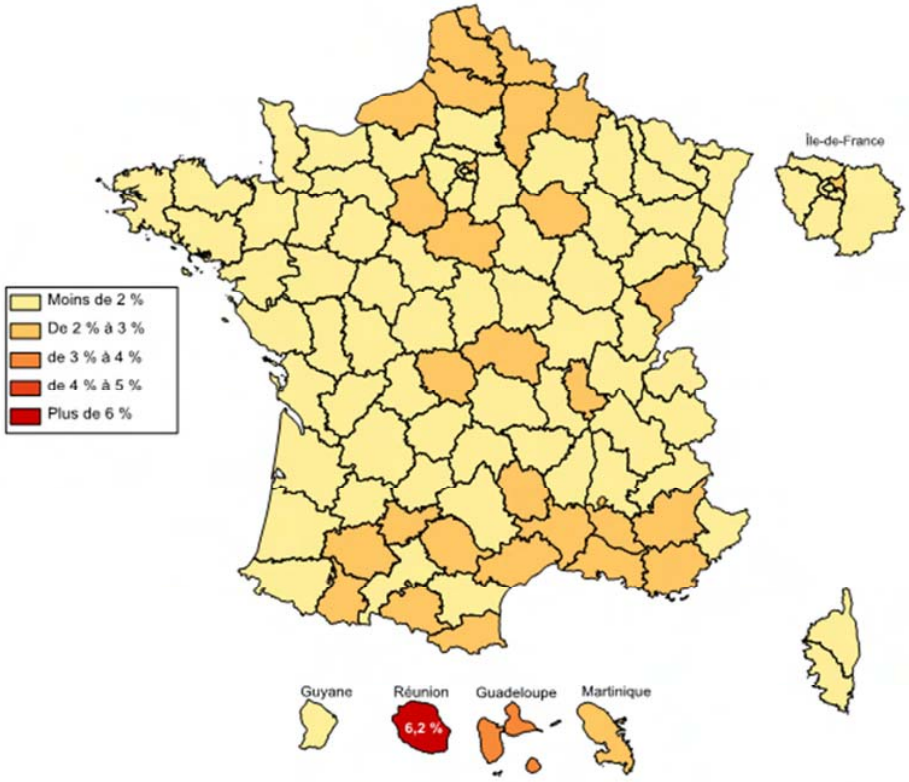
En l'absence d'aménagement à cette fin de l'outil informatique utilisé pour instruire les demandes d'attribution de l'ACS (« base ressources »), les CPAM dénombrent sous tableur les attestations à l'ACS qu'elles accordent, ce qui affecte la fiabilité des données en question au plan national comme local.

2 - Une diffusion géographique de l'ACS pour partie seulement corrélée à celle de la CMU-C

Comme le montre la carte ci-après, la diffusion géographique de l'ACS comporte des similitudes avec celle de la CMU-C. Elles n'ont cependant qu'un caractère partiel. L'analyse des ratios de titulaires d'une attestation à l'ACS par rapport à la population totale des assurés sociaux et à celle des titulaires d'une attestation à la CMU-C, qui sont fortement hétérogènes[25], permet de constater que les écarts par rapport à la diffusion de la CMU-C sont tantôt plus particulièrement attribuables à un tassement de la hiérarchie des revenus dont il est tenu compte pour déterminer l'existence d'un droit à l'ACS[26], tantôt à un effort limité de promotion de l'ACS auprès de ses bénéficiaires potentiels[27].

[25]. Cf. annexe n° 6.
[26]. Dans ce cas de figure, le ratio de titulaires de l'ACS est faible par rapport à ceux de la CMU-C, mais relativement élevé par rapport à la population totale des assurés sociaux (Pyrénées-Orientales, Gard, Hérault, Nord, Pas-de-Calais, Seine-Saint-Denis, Bouches-du-Rhône, Réunion, Guadeloupe et Martinique).
[27]. Le ratio de titulaires de l'ACS est faible par rapport à la fois à la population totale des assurés sociaux et à celle des titulaires de la CMU-C (Val d'Oise, Seine-et-Marne, Bas-Rhin et, plus encore, Guyane).

Carte n° 2 : titulaires d'une attestation à l'ACS / assurés sociaux par département au 31 décembre 2014[28]



Source : Fonds CMU-C, composition Cour des comptes.

3 - L'utilisation de l'ACS par ses titulaires : un niveau stable, mais non précisément connu

Le nombre d'utilisateurs des attestations à l'ACS est inférieur à celui de leurs titulaires. Suivant des données dont la périodicité n'est pas homogène avec le trimestre et l'année civile, la part des titulaires d'un droit à l'ACS à une date donnée qui a utilisé l'aide à cette même date pour acquérir des garanties d'assurance oscille aux alentours de 80 %.

En l'absence de gestion de la donnée relative à l'utilisation des attestations par les systèmes d'information de l'assurance maladie, aucune information n'est disponible sur la part des titulaires d'une attestation à l'ACS qui ne l'a pas utilisée au bout des six mois au cours desquels elle peut l'être, soit qu'ils aient renoncé à souscrire des garanties d'assurance complémentaire santé, soit qu'ils aient demandé l'ACS en vue d'autres avantages (tiers payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de base et, à compter de 2013, interdiction des dépassements d'honoraires médicaux et application des tarifs sociaux de l'électricité et du gaz, voir *infra*).

[28]. Régime général (CNAMTS).

III - Un non-recours toujours massif, malgré les actions mises en œuvre pour le réduire

Selon les estimations disponibles, plus des deux tiers des bénéficiaires potentiels de l'ACS et un tiers de ceux de la CMU-C n'y recourent pas effectivement, malgré le niveau des droits sociaux qu'elles procurent.

Pour une part, l'étendue du non-recours à la CMU-C et à l'ACS est liée à la nécessité pour leurs bénéficiaires, dans tous les cas, d'en demander l'attribution, même quand ils sont connus pour en remplir les conditions. La lourdeur des démarches administratives à effectuer à cette fin décourage certains d'entre eux.

Les organismes sociaux mènent des actions visant à inviter les personnes qui y sont éligibles à demander ou à renouveler l'attribution de la CMU-C et de l'ACS, mais ces efforts demeurent inaboutis.

A - Des dispositifs qui ne bénéficient effectivement qu'à une partie de la population visée

Selon le rapport annuel du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) pour l'année 2013 (publié en 2014), l'augmentation de 11,7 points de la part de la population couverte par une complémentaire santé entre fin 1990 (où elle atteignait 83 %) et fin 2010 (94,7 %) serait attribuable à hauteur de 5,2 points à la CMU-C. Pour l'essentiel, cet effet est toutefois concentré sur l'année 2000 de son entrée en vigueur (+ 5 points).

Cependant, une proportion importante des ménages qui remplissent les conditions de ressources pour l'obtenir ne demandent pas le bénéfice de la CMU-C. Une part indéterminée de ceux-ci est dépourvue de toute couverture complémentaire santé ; l'autre souscrit des garanties d'assurance probablement inférieures aux prestations obligatoires de la CMU-C. Aucune étude récente ne vient éclairer cet état de fait a priori paradoxal.

Si le nombre de titulaires de l'ACS a triplé depuis son instauration, ils représentent une part très minoritaire des personnes qui, bien que remplissant les conditions pour bénéficier de cette aide financière, ne la demandent pas. Malgré son caractère de plus en plus incitatif, compte tenu de l'augmentation continue de son montant, l'ACS n'atteint que très partiellement les publics auxquels elle s'adresse. Selon les études disponibles, peu nombreuses et portant uniquement sur certains départements, une faiblesse persistante de notoriété en constitue la raison principale.

1 - La permanence d'un important non-recours à la CMU-C, y compris pour les bénéficiaires du RSA socle

Une part importante des foyers qui satisfont aux conditions d'attribution de la CMU-C n'en bénéficient pas, faute de la demander ou d'être invités à le faire lors de leurs contacts avec leur caisse d'assurance maladie ou d'autres organismes de protection sociale.

À la demande de la direction de la sécurité sociale et du Fonds CMU-C, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estime chaque année la population éligible et l'étendue du recours à la CMU-C et à l'ACS. À cette fin, elle recourt au modèle de micro-simulation INES. Ce dernier permet de simuler l'application de la législation fiscale et sociale à un échantillon de ménages représentatifs des ménages ordinaires[29], de France métropolitaine à partir des données issues de la dernière enquête « revenus fiscaux et sociaux » de l'INSEE qui associe les informations socio-démographiques de l'enquête « emploi » de l'INSEE aux revenus déclarés à l'administration fiscale et aux prestations versées par les CAF[30]. Malgré les enjeux sanitaires et sociaux qui s'y attachent, la situation des DOM n'est pas appréhendée.

Suivant la dernière estimation de la DREES (décembre 2014), la population éligible à la CMU-C, est passée en France métropolitaine de 4,7 millions à 5,6 millions de personnes en moyenne annuelle en 2011 à 5,9 millions à 7,1 millions de personnes au second semestre 2013, sous l'effet de la progression du chômage et de la croissance du nombre des titulaires du RSA ainsi que de l'augmentation exceptionnelle du plafond de ressources de juillet 2013. À 67 %, elle vit dans un foyer bénéficiant du RSA socle, du RSA socle majoré[31] ou d'un cumul du RSA socle ou du RSA socle majoré avec le RSA activité.

Pour l'année 2013, le taux de non-recours à la CMU-C serait compris en moyenne annuelle entre 28 % et 40 % pour la seule France métropolitaine, soit entre 1,6 et 2,7 millions de personnes[32]. Malgré une situation économique et sociale très dégradée, il a augmenté de manière importante[33].

[29]. Cette définition exclut les personnes vivant en collectivité (établissements médico-sociaux, hôtels) ou dans des habitations mobiles (mobil-homes et caravanes). Selon le recensement de la population effectué par l'INSEE au titre de l'année 2010, 2,3 % des habitants vivaient hors logement ordinaire. Cette proportion est probablement plus élevée, dans une mesure indéterminée, pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

[30]. Depuis la première année (2011 sur les revenus et prestations sociales de 2009), la fiabilité de cette estimation a bénéficié non seulement du flux continu d'évolutions méthodologiques apportées au modèle INES (de l'ordre de 250 par an), mais aussi de la correction d'erreurs de modélisation des règles d'attribution de la CMU-C et de l'ACS, qui conduisaient à minorer à tort ou, plus rarement, à majorer à tort la population éligible.

[31]. Dont bénéficie le parent isolé (célibataire, divorcé(e), séparé(e) ou veuf(ve) avec des enfants à charge ou enceinte) pendant une durée maximale de 12 mois, continus ou discontinus, au cours d'une période de 18 mois suivant l'événement à l'origine de l'isolement (lorsque l'enfant le plus jeune à charge a moins de 3 ans, jusqu'aux trois ans de ce dernier).

[32]. Les estimations et prévisions de la DREES sont exprimées par la voie d'une intervalle de -9 % à +9 % par rapport à leur valeur centrale, dont l'amplitude traduit l'existence d'un important volant de personnes (450 000) dotées de revenus mensuels légèrement inférieurs ou supérieurs en valeur absolue (- ou + 20 €) au plafond de ressources de la CMU-C.

[33]. Dans l'estimation précitée de la DREES (décembre 2014), le taux de non-recours à la CMU-C était compris, à méthode homogène d'estimation, entre 19 % et 32 % pour 2011 et entre 21 % et 34 % pour 2012.

Pour une part, le non-recours à la CMU-C découle du non-recours au RSA socle, dont les titulaires bénéficient de droit de la CMU-C[34]. De surcroît, une part importante des bénéficiaires du RSA socle ou du RSA socle majoré ne recourt pas à la CMU-C, alors qu'ils y ont accès de plein droit.

En effet, selon une étude de la DREES sur l'état de santé et le renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA[35], seuls 80 % des bénéficiaires du RSA socle non majoré (82 % de ceux du RSA socle majoré) bénéficient de la CMU-C. Par ailleurs, 12 % disposent d'une protection complémentaire dans le cadre d'un contrat d'assurance (13 % des titulaires du RSA socle majoré), alors qu'ils ont droit à la CMU-C ; une part inconnue, mais potentiellement minoritaire des cas concernés reflète le maintien transitoire de garanties liées au dernier contrat de travail. Enfin, 8 % des titulaires du RSA socle ne bénéficient d'aucune protection complémentaire santé (5 % pour les titulaires du RSA socle majoré), quelle qu'elle soit.

Aucune étude récente n'éclaire les causes du non-recours à la CMU-C par les personnes qui remplissent les conditions pour en bénéficier.

2 - Le non-recours à l'ACS par une part prépondérante de ses bénéficiaires potentiels

Malgré son caractère incitatif, l'ACS n'est demandée que par une minorité des ménages qui y ont droit et cette minorité est, en termes relatifs, de plus en plus faible.

Suivant la dernière estimation de la DREES (décembre 2014), la population répondant au critère de ressources de l'ACS est passée en France métropolitaine de 1,7 million à 2,5 millions en 2011 en moyenne annuelle à 3,6 millions à 5,2 millions au second semestre 2013, soit un doublement, sous l'effet des mesures d'augmentation du plafond de ressources de 2012 et de 2013.

À la différence de celles éligibles à la CMU-C, dont une part prépondérante reçoit le RSA socle (voir *supra*), les personnes remplissant les conditions de ressources de l'ACS ne seraient que minoritairement bénéficiaires de prestations sociales de solidarité : 15 % vivraient dans un foyer bénéficiant de l'une des prestations du minimum vieillesse, 14,2 % du RSA activité et 6,1 % de l'AAH. Toutefois, ces données ne font pas apparaître la part des foyers qui bénéficient d'autres prestations (pensions de retraite, pensions d'invalidité et allocations chômage notamment) et, spécifiquement, d'autres minima sociaux (allocation de solidarité spécifique (ASS) versée par Pôle Emploi aux personnes ayant épuisé leurs droits à indemnisation du chômage et allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) versée par l'assurance maladie).

[34]. Dans un chapitre à son rapport public annuel de 2013 (« le RSA activité : une prestation peu sollicitée, un impact restreint »), la Cour a souligné l'importance du non-recours au RSA socle. Selon une enquête de la direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES), le non-recours s'élevait en 2010 à 36 % des bénéficiaires potentiels (valeur centrale de l'estimation), soit un taux voisin de celui du non-recours à la CMU-C. Par ailleurs, le taux de non-recours au RSA activité seul s'élevait à 68 %. Il n'existe pas de données plus récentes.

[35]. Études et résultats n° 882 – juin 2014.

Les fragilités de l'estimation du non-recours à l'ACS

Pour estimer le non-recours à l'ACS, la DREES retranche de l'estimation des personnes qui répondent au critère de ressources de l'ACS une estimation de celles qui bénéficient d'une protection complémentaire obligatoire dans le cadre de l'entreprise (en application d'un accord de branche ou d'entreprise ou d'une décision unilatérale de l'employeur). En effet, l'ACS est réservée aux contrats d'assurance souscrits de manière volontaire à titre individuel, à l'exclusion des contrats collectifs.

Selon la DREES, les bénéficiaires d'une telle couverture représenteraient 21 % des personnes répondant au critère de ressources de l'ACS.

Or, cette proportion, qui a une forte sensibilité[36], a été estimée pour l'année 2010 à partir de données approchées et n'a pas été mise à jour depuis lors.

Sa détermination repose sur une hypothèse simplificatrice, suivant laquelle les bénéficiaires d'une complémentaire d'entreprise n'exercent pas les facultés de dispense à celle-ci que leur reconnaissent certains accords de branche ou d'entreprise, lorsqu'ils répondent par ailleurs aux conditions de ressources de l'ACS (ou de la CMU-C). De fait, il n'existe pas de données sur l'étendue de l'exercice de ces dispenses.

La généralisation au 1er janvier 2016 de la couverture complémentaire d'entreprise doit conduire à réviser les hypothèses et les paramètres de l'estimation des personnes qui répondent aux conditions de ressources de la CMU-C ou de l'ACS, mais qui sont par ailleurs couvertes par une protection d'entreprise à laquelle elles ne peuvent ou n'ont pas choisi de se dispenser.

Sur ces bases, le taux de non-recours à l'ACS serait compris pour l'année 2013, en moyenne annuelle, entre 59 % et 72 %, soit 1,9 million à 3,4 millions de personnes pour la seule France métropolitaine. Malgré la dégradation de la situation économique et sociale, il a progressé depuis 2011[37]. De fait, les augmentations de la population des personnes éligibles comme du montant de l'ACS se sont accompagnées d'une croissance moins que proportionnelle du nombre de demandeurs de cette aide.

Pour une part, la faiblesse du taux de recours à l'ACS est à relier à celle du taux de recours au RSA activité. Compte tenu du niveau de leurs ressources, la plupart des personnes éligibles au RSA activité le sont également à l'ACS[38].

Alors qu'une part prépondérante des bénéficiaires de la CMU-C renouvelle ses droits (61,3 % en moyenne en 2012 selon le Fonds CMU-C), le taux de renouvellement de l'ACS est faible, quoiqu'en progression (selon la CNAMTS, 45 % en 2013, contre 35 % en 2011), ce qui suggère l'existence de facteurs propres au non-renouvellement.

[36]. La surévaluation / la sous-évaluation de 10 % du nombre de bénéficiaires d'une couverture d'entreprise qui répondent au critère de ressources de l'ACS conduit à minorer / à majorer de 100 000 celle des personnes éligibles à cette aide.

[37]. Dans l'estimation précitée de la DREES (décembre 2014), le taux de non-recours à l'ACS était compris entre 49 % et 64 % pour 2011 et entre 57 % et 70 % pour 2012.

[38]. Selon une enquête de la DARES (fin 2010), le non-recours au RSA activité seul (hors cumul avec le RSA socle) atteignait 68 % des bénéficiaires potentiels de ce droit (valeur centrale de l'estimation), soit un taux voisin de celui du non-recours à l'ACS.

Les causes identifiées du non-recours à l'ACS

Des études récentes soulignent la difficulté à faire connaître ou à rappeler l'existence de l'ACS et les avantages sociaux qu'elle procure.

Selon une étude conduite en 2009 par téléphone auprès d'un peu plus d'un millier de ménages de la CPAM de Lille - Douai, le non-recours aurait pour facteurs explicatifs la méconnaissance de l'aide, en l'absence d'une information suffisamment accessible, compréhensible (un quart des répondants déclare éprouver des difficultés de lecture et d'écriture) et personnalisée (66 % des répondants indiquent ignorer l'ACS alors qu'ils ont été destinataires d'un courrier de la CPAM un an plus tôt), la difficulté à faire valoir ses droits compte tenu de la complexité des démarches administratives à engager et l'existence d'un double reste à charge : sur le prix des garanties d'assurance après déduction de l'aide et sur les dépenses de santé après déduction des remboursements faits par l'assureur. Des études menées par les CPAM de l'Aude, de la Nièvre et du Gard ont confirmé ces facteurs explicatifs.

Une étude des motifs du non-renouvellement de l'ACS effectuée en 2013 par des élèves de l'École nationale supérieure de sécurité sociale à la CPAM du Gard, par la voie d'un questionnaire adressé à 4 000 assurés (1 558 ont répondu, dont 1 322 renouvelants et 236 non-renouvelants), indique qu'une part prépondérante (45 %) des motifs de non-renouvellement serait liée à une absence d'information ou à une mauvaise compréhension de celle-ci (notion erronée d'un renouvellement automatique de l'aide, idée selon laquelle elle n'est attribuée qu'une seule fois ou anticipation d'un revenu trop élevé pour continuer à en bénéficier). En outre, un grand nombre de non-renouvelants (40 %) ne se souviennent pas d'avoir été alertés par SMS sur le renouvellement de l'ACS, alors que la CPAM y a procédé. En dehors de la souscription de garanties de protection complémentaire d'entreprise (11 %), les autres motifs de non-renouvellement sont liés à l'existence d'un double reste à charge (14,5 %)[39] ainsi qu'à l'oubli (11,4 %) et à la complexité des démarches à engager (9 %).

B - Des droits qui doivent être demandés par leurs bénéficiaires au prix de lourdes démarches

L'assurance maladie de base a un caractère obligatoire pour l'ensemble des personnes qui remplissent les conditions pour en bénéficier, y compris celles qui y sont affiliées au titre de la CMU de base en fonction d'un critère subsidiaire relatif à la résidence en France. Pour des raisons de fait, ces dernières doivent adresser une demande à la CPAM, dont le traitement conduira parfois à détecter un motif d'affiliation à un autre titre que la résidence (maintien de droits au titre d'une ancienne activité salariée, bénéfice de certaines prestations sociales).

[39]. L'ACS ne couvre qu'une partie du montant des garanties d'assurance complémentaire santé et ces dernières ne prennent en charge qu'une partie des dépenses de santé non remboursées par l'assurance maladie obligatoire de base.

Si elles constituent également des droits en leur faveur, la CMU-C et l'ACS n'ont en revanche pas un caractère obligatoire pour les personnes qui remplissent les conditions pour en bénéficier. Dans un objectif de maîtrise des dépenses publiques à ce titre, elles ne sont jamais attribuées automatiquement, mais toujours à la condition d'une demande des assurés sociaux, soit spontanée, soit faisant suite à une sollicitation en ce sens des organismes sociaux ou d'autres intervenants (travailleurs sociaux), même quand les organismes sociaux détiennent des informations qui permettraient de les accorder.

Cette conception rapproche à certains égards la CMU-C et l'ACS des aides extra-légales d'action sociale.

1 - L'absence d'attribution automatique de la CMU-C et de l'ACS aux titulaires de minima sociaux qui remplissent les conditions pour les obtenir

Les attestations à la CMU-C et à l'ACS sont accordées ou renouvelées pour une période de 12 mois à compter de la notification de la décision. Cette durée limitée a pour objet de tenir compte des évolutions possibles de la composition ou des ressources du foyer. Lorsqu'ils rejettent une demande de CMU-C pour un motif lié à un dépassement du plafond de ressources, les organismes d'assurance maladie s'assurent de l'existence d'un droit à l'ACS.

En dehors des sollicitations qui leur sont faites de demander la CMU-C, notamment dans le cadre de l'instruction d'une demande de RSA (voir *infra*), il revient dans tous les cas à leurs bénéficiaires potentiels de prendre l'initiative de demander l'attribution de la CMU-C ou de l'ACS et leur renouvellement au terme d'une période de douze mois.

Même lorsque les organismes sociaux détiennent des informations qui permettraient de les attribuer sans avoir besoin d'instruire spécifiquement les ressources des demandeurs, notamment le versement de certains minima sociaux, la CMU-C et l'ACS ne sont pas accordées ou renouvelées de manière automatique. Cette situation concerne notamment le RSA socle, qui ouvre de droit l'attribution de la CMU-C et l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et les autres prestations du minimum vieillesse[40] qui ouvrent de fait, sauf exception[41], celle de l'ACS, compte tenu du plafond de ressources de cette dernière.

L'absence d'attribution de droit de la CMU-C ou de l'ACS aux personnes qui remplissent de manière certaine les conditions pour en bénéficier au regard des minima sociaux qui leur sont versés n'est pas sans relation avec la persistance d'un niveau élevé de non-recours à ces dispositifs.

Il existe ainsi une forme de paradoxe entre un mouvement continu d'extension du champ d'application de l'ACS et, dans une moindre mesure, de la CMU-C (par les relèvements successifs du plafond de ressources de l'ACS et l'augmentation conjointe des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS de juillet 2013) et l'absence d'évolution de leurs modalités d'attribution afin d'assurer un recours plus effectif à des dispositifs ainsi de plus en plus largement ouverts.

---

[40]. Allocations des articles L. 815-2 et L. 815-3 du code de la sécurité sociale et allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

[41]. Les ressources des membres du foyer autres que le conjoint marié, pacsé ou concubin ne sont pas prises en compte pour l'attribution de l'ASPA alors qu'elles le sont pour l'ACS.

L'incidence financière d'une attribution automatique de la CMU-C et de l'ACS

Selon l'estimation de la Cour, une attribution automatique de la CMU-C aux titulaires du RSA socle qui en sont dépourvus aurait un coût annuel compris entre 250 M€ et 350 M€. La direction de la sécurité sociale évalue à plus de 200 M€ le coût annuel d'une attribution automatique de l'ACS à l'ensemble des titulaires des prestations du minimum vieillesse.

Afin d'alléger la charge d'activité des CPAM et favoriser la réduction du non-recours, la CNAMTS a proposé à plusieurs reprises d'automatiser l'attribution et le renouvellement de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA et des autres prestations du minimum vieillesse, dont les ressources ont un caractère peu évolutif.

Le ministère chargé de la sécurité sociale a écarté cette proposition pour ce qui concerne l'attribution, au motif du coût de cette mesure, mais l'a récemment acceptée pour le renouvellement. Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit l'instauration d'un renouvellement automatique de l'ACS, sans limitation de durée, pour les bénéficiaires de l'ASPA et des autres prestations du minimum vieillesse[42].

En mettant fin à des ruptures périodiques du soutien financier public à la couverture complémentaire santé, l'instauration d'un renouvellement automatique de l'ACS, sans limitation de durée, pour les titulaires des prestations du minimum vieillesse va entraîner une réduction du non-recours à cette aide.

Cependant, l'automaticité du renouvellement comporte le risque d'un maintien à tort du droit à l'ACS, malgré l'évolution de la situation personnelle et des ressources ou du départ du bénéficiaire du territoire national. Afin de le maîtriser, la CNAMTS prévoit que le renouvellement sera conditionné à l'absence de remise en cause du versement des prestations du minimum vieillesse par les caisses de retraite. Cependant, le procédé technique par lequel les caisses d'assurance maladie seraient informées d'une remise en cause n'est pas défini à ce jour. Dans l'éventualité où il n'aurait pas un caractère automatisé, le risque de renouvellement à tort s'en trouverait renforcé.

2 - De nombreuses informations à fournir par les demandeurs

La lourdeur des démarches à effectuer par les demandeurs de la CMU-C ou de l'ACS est inhérente aux règles en fonction desquelles le droit à la CMU-C ou à l'ACS est reconnu.

Les assurés sociaux doivent demander la CMU-C ou l'ACS par la voie de formulaires papier qui comportent de nombreuses informations à renseigner et à documenter : formulaire de demande conjointe de la CMU-C ou de l'ACS et formulaire de demande de la seule ACS. Ces formulaires n'ont pas été actualisés depuis 2011 et sont pour partie obsolètes (mention des plafonds de ressources au 1er janvier 2011, absence de mention des nouveaux droits au titre de l'ACS : interdiction des dépassements d'honoraires médicaux et tarifs sociaux de l'électricité et du gaz). Une mise à jour est toutefois prévue au 1er juillet 2015.

[42]. Initialement prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, cette mesure avait été censurée par le Conseil constitutionnel pour un motif de procédure.

Les formulaires actuellement en vigueur comprennent huit pages dont l'ergonomie et l'expression ont été revus à plusieurs reprises afin de les rendre plus lisibles et compréhensibles. Les deux pages consacrées à la description des ressources du foyer au cours des 12 derniers mois précédant la demande comportent pas moins de 14 rubriques distinctes et, en leur sein 25 interrogations qui se répètent au titre du demandeur, de son conjoint et de chaque enfant ou personne à charge. Selon le cas, ces interrogations appellent l'indication d'un montant ou le cochage de certaines cases par « oui » ou par « non ». En pratique, les CPAM dont l'activité a été examinée par la Cour n'exigent pas que les cases qui ne sont pas cochées « oui » le soient par « non », ce qui les conduirait à retourner une grande partie des dossiers.

Le nouveau formulaire de demande conjointe de la CMU-C ou de l'ACS qui entrera en service au 1er juillet 2015 marquera certains progrès : réduction – limitée - du nombre de rubriques (de 14 à 11), clarification de l'information relative aux pensions à déclarer et suppression de mentions obscures.

Le choix de l'organisme (caisse d'assurance maladie ou organisme d'assurance complémentaire) chargé de gérer les droits à la CMU-C fait l'objet d'un formulaire distinct, également papier. À compter du 1er juillet 2015, ce formulaire est supprimé et ses principaux éléments intégrés au formulaire de demande de la CMU-C.

Cette suppression va permettre d'alléger la charge de travail des caisses d'assurance maladie (interruption des relances des formulaires manquants). Surtout, elle pourrait avoir une incidence favorable sur le recours à la CMU-C si la CNAMTS généralise la pratique de gestion de certaines CPAM, suivant laquelle l'absence de désignation exprès d'un organisme gestionnaire par le demandeur ne conduit pas à classer sans suite sa demande, mais à désigner par défaut la CPAM en tant qu'organisme gestionnaire.

Des demandes uniquement sur support papier

La CMU-C et l'ACS peuvent uniquement être demandées par la voie de formulaires papier. De même, c'est seulement par la voie d'un formulaire papier que le choix de l'organisme gestionnaire des droits à la CMU-C (caisse d'assurance maladie ou organisme d'assurance complémentaire) peut être porté à la connaissance de l'organisme d'assurance maladie chargé d'instruire la demande.

Ces formulaires peuvent être obtenus aux accueils des organismes d'assurance maladie ou être téléchargés sur le site de l'assurance maladie (ameli.fr.). Les demandeurs doivent ensuite les transmettre soit par la voie postale, soit par un déplacement physique à l'accueil.

Malgré leur volumétrie, les demandes de CMU-C et d'ACS ne peuvent être télédéclarées sur le site de l'assurance maladie (ameli.fr). À titre de comparaison, plusieurs prestations servies par les organismes d'assurance maladie (indemnités journalières) et par les CAF (aides au logement, prestation d'accueil au jeune enfant et prime à la naissance) peuvent aujourd'hui faire l'objet d'une demande en ligne.

Sans en interdire la mise en place, les nombreux justificatifs à produire par les demandeurs de la CMU-C et de l'ACS à l'appui de leurs déclarations relatives à la composition ou aux ressources du foyer (copie de bulletins de salaires, attestations d'indemnités de chômage notamment) conduiraient, en l'état, à priver la télédéclaration d'une grande partie de son potentiel de développement.

La CNAMTS indique que, dans le cadre du second pallier du projet informatique INDIGO (voir *infra*), programmé pour 2017, les assurés sociaux pourront saisir en ligne leurs demandes de CMU-C et d'ACS avec des pièces justificatives simplifiées à fournir. En outre, ils pourront prendre connaissance des étapes du traitement de leur dossier et de la notification de la décision d'attribution ou de rejet dans leur compte assuré (sur ameli.fr).

C - Les démarches des organismes sociaux en direction des bénéficiaires potentiels : un effort encore inabouti

Compte tenu du niveau du non-recours à ces dispositifs, les organismes sociaux mettent en œuvre un éventail d'actions destinées à promouvoir la CMU-C et l'ACS auprès de leurs bénéficiaires potentiels, mais cet effort reste inabouti.

1 - Une action de la CNAMTS encore en cours de construction

La Cour a examiné les actions de promotion de la CMU-C et de l'ACS arrêtées et, le cas échéant, mises en œuvre au titre des deux dernières conventions d'objectifs et de gestion (COG) liant la branche maladie du régime général de sécurité sociale à l'État.

a) Une concrétisation partielle des engagements souscrits dans la COG 2010-2013

La COG de la branche maladie pour les années 2010 à 2013 prévoyait que « devant l'importance du non-recours [à la CMU-C et à l'ACS], 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 à ces dispositifs en développant des actions envers ces populations, en créant ou renforçant des partenariats, en enrichissant les contacts avec la population concernée ». Elle fixait des objectifs chiffrés d'augmentation du nombre de titulaires d'une attestation à l'ACS, qui devait être porté de 549 000 en 2009 à 650 000 en 2013[43], mais pas en termes de réduction du non-recours.

Au cours de la période d'application de la COG 2010-2013, la CNAMTS a mis en œuvre plusieurs orientations. En revanche, elle n'a pas défini le « programme structuré » auquel elle s'était engagée.

[43]. L'évolution des effectifs de bénéficiaires ne peut être comparée à cet objectif. Au moment où ce dernier a été fixé, il n'était pas susceptible de prendre en compte les incidences ultérieures de l'augmentation du plafond de ressources de l'ACS en 2012, ni de celle des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS en 2013.

Les actions nationales de communication

À partir de fichiers d'allocataires des CAF que lui transmet mensuellement la CNAF, la CNAMTS adresse des courriers d'information, accompagnés d'un dossier à compléter, aux titulaires du RSA socle, qui bénéficient de droit de la CMU-C et, depuis 2010, à une partie des bénéficiaires potentiels de l'ACS, connus par les CAF pour disposer de ressources comprises entre le plafond de la CMU-C et celui de l'ACS.

De même, elle adresse depuis 2011 des courriers invitant les titulaires de prestations du minimum vieillesse (ASPA et prestations des articles L. 814-1 et L. 815-2 du code de la sécurité sociale) dont les droits viennent d'être liquidés à déposer une demande d'ACS, à partir de fichiers transmis par la CNAVTS selon une périodicité trimestrielle.

Ces actions de communication portent sur des volumes importants : en 2013, 2,5 millions de courriers ont été adressés par la CNAMTS (765 000 au titre de la promotion de la CMU-C et de l'ACS et 1,7 million au titre de l'incitation au renouvellement).

En outre, la CNAMTS a mis en place en 2013 un simulateur du droit à la CMU-C ou à l'ACS (724 000 consultations en 2014, débouchant à 64 % sur un résultat favorable). Par ailleurs, elle a mis en œuvre en 2013-2014, en liaison avec le Fonds CMU-C, des actions complémentaires destinées à accroître la notoriété de l'ACS auprès des assurés et du corps médical, en prenant appui sur les nouveaux avantages qu'elle procure (tarifs opposables en matière de consultations médicales et tarifs sociaux de l'énergie).

Cependant, le champ de ces actions présente deux limites :

- la CNAMTS n'utilise pas les informations que lui adresse Pôle Emploi, aux fins d'assurer l'ouverture ou le maintien des droits à l'assurance maladie obligatoire de base des bénéficiaires de ses prestations, pour promouvoir la CMU-C et l'ACS auprès notamment des bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), dont une partie est éligible à ces aides en fonction de ses ressources[44]. Pour sa part, Pôle Emploi ne déploie pas d'actions spécifiques de communication auprès de ses publics, pourtant fortement concernés par les risques de précarité sociale et de dégradation de leur état de santé ;
- la CNAMTS n'est pas rendue destinataire par la CNAVTS des données relatives à ceux(les) des titulaires de pensions de réversion, soumises à conditions de ressources, qui sont connu(e)s pour disposer de ressources inférieures au plafond de ressources de l'ACS.

Les « offres de services attentionnées » à mettre en œuvre par les CPAM

Formalisée en 2009-2010, l'« offre de services attentionnée » au titre de la CMU-C comporte trois axes : inciter les personnes potentiellement éligibles à faire valoir leurs droits, instruire rapidement le dossier et améliorer les relations entre l'assurance maladie, les professionnels de santé et les bénéficiaires afin d'assurer l'accès effectif aux soins.

[44]. Suivant une définition différente des ressources de celle de la CMU-C et de l'ACS, car fondée sur le revenu imposable, l'ASS est accordée lorsqu'au cours des douze derniers mois précédant sa demande, les ressources du demandeur sont inférieures à 13 650 € pour une personne seule (21 450 € pour un couple).

Les modalités de mise en œuvre du premier axe font en grande partie appel à l'action d'organismes tiers et sont peu diversifiées : rappel de l'envoi de courriers par l'éditique nationale aux bénéficiaires du RSA socle (voir *supra*), rappel du rôle des CAF dans la pré-instruction des demandes de CMU-C (voir *infra*) et invitation à formaliser des conventions avec elles, communication de dépliants aux partenaires et mise en œuvre de requêtes dans les bases d'assurés afin d'identifier les bénéficiaires potentiels de la CMU-C ou de l'ACS en fonction du motif de leur affiliation à l'assurance maladie obligatoire de base.

S'agissant du second axe, la problématique de l'absence de renouvellement des demandes de CMU-C ou d'ACS n'est pas abordée. Si l'importance de l'accompagnement des demandeurs, à l'accueil ou, de manière préférentielle, sur rendez-vous, est soulignée, le contenu de cet accompagnement est peu précis.

Formalisée en 2012, l'« offre de services attentionnée » au titre de l'ACS comporte également trois axes : informer et cibler les assurés pour les inciter à initier leurs démarches, délivrer le droit ACS pour faciliter l'accès aux soins et accompagner pour optimiser l'utilisation du droit à l'ACS. Si elle renvoie à l'action de tiers (actions de communication nationales, relais des partenaires), elle préconise aux CPAM de prendre contact avec les assurés identifiés par le service social, de s'assurer de l'utilisation effective de l'ACS (lancement d'une requête nationale) et de favoriser la reconduction du droit à l'ACS. Comme celle relative à la CMU-C, elle comporte toutefois une limite essentielle : l'absence de caractère impératif des actions préconisées auprès des CPAM.

b) La définition progressive d'un socle national d'actions locales pour l'application de la COG 2014-2017

À son tour, la COG pour les années 2014 à 2017 comprend des objectifs chiffrés d'augmentation du nombre de bénéficiaires des dispositifs financés par le Fonds CMU-C, mais dédoublés entre la CMU-C et l'ACS, dont les nombres respectifs de titulaires doivent être portés de 4,41 et de 1,08 millions en 2013 à 5,02 et 1,61 millions en 2017 (soit des progressions de 13,8 % et de 49 %). À l'instar de la précédente convention, ces objectifs ne sont cependant pas assortis d'objectifs concomitants de réduction du non-recours.

En revanche, une partie des moyens qui pourraient permettre de les concrétiser sont précisés. Pour une part, ils répondent au moins autant à un objectif d'allègement des tâches de gestion des organismes d'assurance maladie, compte tenu des suppressions d'emplois décidées dans le cadre de la COG 2014-2017, que de réduction du non-recours (allègement des procédures de demande et de renouvellement de la CMU-C et de l'ACS, automaticité du renouvellement de l'ACS pour les titulaires des prestations du minimum vieillesse). D'autres visent en revanche ce seul objectif, qu'il s'agisse de la recherche de bénéficiaires potentiels à contacter (exploitation de requêtes au sein du répertoire national commun de la protection sociale - RNCPS) ou du développement d'un accompagnement personnalisé pour les assurés les plus fragiles, dont le champ dépasse la CMU-C et l'ACS[45].

[45]. La COG de la branche vieillesse pour les années 2013 à 2017 prévoit à cet égard une démarche commune avec la branche maladie afin de favoriser l'accès aux droits des nouveaux retraités fragilisés sur un plan social. Ces retraités seront ciblés en fonction de critères identiques aux deux branches et bénéficieront d'un « parcours seniors ».

Au regard des initiatives prises par les CPAM du Gard et du Hainaut[46] afin de favoriser le recours des assurés sociaux à leurs droits, notamment à la CMU-C et à l'ACS, la CNAMTS a confié à leurs directeurs une mission sur le thème de « l'assurance maladie et les publics fragiles », puis adopté la proposition de mise en œuvre, par chaque CPAM, en liaison avec le service social de la CARSAT et le service médical de la caisse nationale, d'un « plan local d'accompagnement du non-recours aux droits, aux services et aux soins, des incompréhensions devant la complexité des démarches et/ou des informations médico-administratives et des ruptures engendrées par le fonctionnement même du service public » (PLANIR).

Les enseignements des stratégies déployées dans le Gard et le Hainaut

La CPAM du Gard sollicite auprès de tiers qualifiés la réalisation d'enquêtes permettant d'éclairer les problématiques relatives à l'accès aux droits ou aux soins et les impacts des actions qu'elle met en œuvre afin de les favoriser[47]. Par ailleurs, les CPAM du Gard et du Hainaut ont mis en place des dispositifs d'alerte sur des ruptures de droit et des difficultés de prise en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire de base par leur propre organisme, ouverts à des intervenants extérieurs (établissements hospitaliers, travailleurs sociaux, etc.).

Quatre types d'actions ont un « rendement » élevé en nombre de nouveaux titulaires de la CMU-C et de l'ACS :

- la recherche des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS à partir des informations dont dispose l'assurance maladie (étude des droits des assurés à partir des codes régimes correspondant aux motifs d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire de base, notamment le code 806 relatif aux bénéficiaires du RSA socle pour la CMU-C et les codes 180 et 120 relatifs aux bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI pour l'ACS, les destinataires des courriers nationaux adressés par la CNAMTS et les bénéficiaires d'indemnités journalières de faible montant pour l'ACS) ;

- les actions ayant un objet identique à partir des sollicitations dont l'assurance maladie fait l'objet (recherche d'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS auprès des visiteurs des accueils et des demandeurs d'une aide financière dans le cadre de l'action sociale) ;

- l'envoi de SMS aux bénéficiaires de l'ACS qui n'ont pas effectué de demande de renouvellement dans un certain délai après la notification de l'aide, afin de prévenir la rupture du recours à l'ACS par des personnes qui continuent à remplir les conditions pour en bénéficier ;

[46]. La CPAM du Hainaut est celle de France métropolitaine qui compte la part la plus élevée d'assurés sociaux bénéficiaires de la CMU-C. Au regard de ce même critère, le Gard est quant à lui le quatrième département métropolitain.

[47]. Après un domaine sensible (« étude auprès d'assurés sollicitant une aide financière pour des soins dentaires », mai 2013), elle s'est orientée vers la production d'éléments de connaissance sur les difficultés d'accès et le non-recours aux soins sur la totalité de son champ d'activités, en associant à cette démarche les acteurs de la santé, afin de favoriser la mise en œuvre d'une action coordonnée d'identification et de prise en charge des situations de renoncement et d'alimenter une réflexion nationale sur les politiques d'accès aux soins (« le baromètre de renoncement aux soins dans le Gard », septembre 2014).

- l'importance du face à face dans l'instruction des premières demandes de CMU-C et d'ACS afin d'adapter l'information délivrée au bénéficiaire à son degré de compréhension des aides, d'éviter des allers et retours du fait de dossiers incomplets et de familiariser les nouveaux bénéficiaires de l'ACS à la protection complémentaire procurée par des garanties d'assurance, notamment pour les personnes qui cessent de remplir les conditions de ressources pour bénéficier de la CMU-C.

La CNAMTS souligne les efforts de promotion de l'ACS par les organismes de son réseau au titre ou en marge des PLANIR locaux. En 2013, près de 660 000 assurés ont bénéficié d'une offre de service à ce titre. Près des deux-tiers des CPAM ont mis en œuvre des rendez-vous pour instruire les dossiers et plus de 100 000 rendez-vous ont été effectués. Près des 9/10èmes des CPAM proposent un accompagnement de l'assuré pour la souscription d'une assurance complémentaire santé avec le concours de l'ACS.

La présentation par les CPAM d'offres de protection complémentaire aux titulaires de l'ACS

La difficulté à faire comprendre l'intérêt de l'ACS à ses bénéficiaires potentiels, en leur en montrant les effets concrets, et la désorientation de ces derniers dans la recherche d'organismes et de garanties d'assurance a conduit plusieurs CPAM à solliciter des offres de garanties auprès de panels relativement larges de mutuelles et de sociétés d'assurance ayant une assise ou une visibilité locale. Seule une partie des organismes d'assurance ainsi sollicités a répondu. Les offres recueillies sont présentées de manière neutre dans le cadre des rendez-vous à l'accueil ou d'entretiens, en illustrant l'avantage financier lié à l'ACS. La sélection par le ministère chargé de la sécurité sociale, au plan national, des contrats éligibles à l'ACS (voir *infra*) conduit à faire disparaître ces pratiques qui comportent des risques d'atteinte au droit de la concurrence.

Plus de six mois après la date fixée pour leur remontée au niveau national (fin du premier semestre 2014), la CNAMTS n'avait pas encore eu d'échange structuré avec les CPAM sur le contenu des PLANIR qu'elles ont établis. La comparaison effectuée par la Cour des volets relatifs à la CMU-C et à l'ACS dans les PLANIR des 30 premières CPAM (par l'importance numérique des titulaires de la CMU-C) par rapport aux axes du guide méthodologique d'élaboration des PLANIR diffusé par la CNAMTS[48] fait apparaître des dispositifs de portée variable.

En particulier, le repérage des bénéficiaires potentiels de la CMU-C ou de l'ACS par l'exploitation des codes régime d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire de base ou l'examen de la situation des demandeurs d'aides financières au titre de l'action sociale n'a pas un caractère systématique. En outre, la prise en compte des axes du guide méthodologique par les PLANIR des CPAM de l'Île-de-France, du Nord-Pas-de-Calais et des DOM, zones majeures du recours à la CMU-C et, pour certains départements, de très faible recours à l'ACS au sein de la population globale des assurés sociaux, a un caractère fortement hétérogène selon les CPAM. Fréquemment, les CPAM qui prévoient un nombre réduit

[48]. Cf. annexe n° 7.

d'actions de promotion de l'ACS sont aussi celles pour lesquelles cette diffusion limitée est attribuable, au moins pour partie, à leur promotion insuffisante.

À la suite d'une évaluation des plans mis en œuvre par les CPAM, la CNAMTS prévoit de labelliser au niveau national, au cours du second semestre 2015, un nombre réduit d'actions que l'ensemble des caisses devra obligatoirement déployer en 2016 et en 2017. Au-delà, elles auront la faculté de mettre en œuvre des actions supplémentaires. Sous réserve d'une densité suffisante, les actions prescrites par la CNAMTS aux organismes de son réseau pourraient alors constituer, avec les actions nationales de communication, le « programme structuré permettant l'identification et l'information des populations n'ayant pas fait valoir leurs droits » auquel elle s'était engagée dans le cadre de la précédente COG.

2 - Les dispositifs d'accès aux droits de la branche famille : une incidence majeure, mais insuffisante, sur le recours aux droits

Pour une part importante, les bénéficiaires, potentiels comme effectifs, de la CMU-C et de l'ACS coïncident avec les allocataires des prestations légales versées sous conditions de ressources par les CAF, notamment le RSA, les aides au logement, l'allocation pour adulte handicapé et l'allocation de rentrée scolaire.

La COG de la branche famille avec l'État pour les années 2013 à 2017 entend placer « l'accès aux droits, au centre de l'offre de service de la branche famille », en luttant contre le non-recours non seulement aux prestations servies par les CAF, mais aussi à d'autres prestations et droits sociaux, notamment la CMU-C et l'ACS. De fait, une partie des allocataires des CAF n'accèdent pas à leurs droits en matière de protection complémentaire santé, notamment les titulaires du RSA socle qui ont pourtant droit à la CMU-C à ce titre.

a) Le recueil partiel des demandes de CMU-C lors de l'instruction de celles de RSA

Implantée en 2009 (2011 pour les DOM), l'application informatique @RSA qui sert à instruire les demandes de RSA socle a été enrichie en 2011 d'une nouvelle fonctionnalité qui permet aux agents qui instruisent les demandes de RSA de recueillir à cette occasion les demandes de CMU-C, dans les cas où les ressources du demandeur sont présumées inférieures ou égales au montant forfaitaire du RSA socle[49.]

Toutefois, deux limites majeures affectent l'accès à la CMU-C des titulaires du RSA.

D'une part, l'utilisation de l'application @RSA a un caractère facultatif : en 2013, seules l'utilisaient 4 CAF sur 5, 2 conseils généraux sur 5 et, pour seulement un peu plus du tiers des départements, d'autres organismes (centres communaux et intercommunaux d'action sociale, Pôle Emploi et associations d'aide aux personnes en difficulté) ; des applications

[49]. La transmission par la CNAF à la CNAMTS de la demande de CMU-C - sous format papier, puis par un flux dématérialisé (fin 2013) - ouvre un droit à la CMU-C pour une durée provisoire de trois mois. Puis, une fois le droit au RSA socle attribué, un second flux d'information prolonge le droit à la CMU-C pour une durée complémentaire de neuf mois. En l'absence de second flux d'information, le droit à la CMU-C s'interrompt à l'issue de la période initiale de trois mois. Dans le cadre de ses travaux, la Cour n'a pas été en mesure d'appréhender la volumétrie des flux de pré-instruction de droits à la CMU-C qui ne seraient pas suivis par un flux d'ouverture effective des droits.

locales sont utilisées dans les autres cas. En particulier, selon les informations communiquées par la CNAF, @RSA n'est pas utilisée par les CAF de Paris, de l'Essonne et des Hauts-de-Seine, par les conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais et par le conseil général et les autres organismes tiers aux CAF pour les Bouches-du-Rhône. En 2012, sur 387 000 ouvertures d'un droit au RSA socle seul ou bien d'un droit au RSA socle et au RSA activité, seules 246 000 avaient procédé d'une instruction dans @RSA (soit 64 %). Cependant, la CNAF ne prévoit pas de rendre obligatoire l'utilisation de @RSA.

En principe, l'incidence de l'absence d'utilisation de @RSA sur l'ouverture du droit à la CMU-C est atténuée par le fait que le demandeur doit se voir remettre un formulaire papier de demande de la CMU-C. Mais il n'est pas assuré que cette consigne nationale soit parfaitement appliquée.

D'autre part, seul 1/5ème des ouvertures de droit au RSA socle (seul ou avec le RSA activité) qui résultent d'une instruction dans @RSA a débouché sur une attribution de la CMU-C en 2012 (la CNAF n'a pas été en mesure de communiquer de données plus récentes). Cette situation n'a pas d'incidence sur le droit à la CMU-C si ce dernier préexistait à l'instruction de la demande de RSA (ce qui concernait 19 % des ouvertures de droit au RSA socle dans @RSA). Toutefois, dans une majorité de cas (61 %), aucun droit à la CMU-C n'a été ouvert, en dépit de l'ouverture d'un droit au RSA socle.

L'absence de pré-instruction du droit à la CMU-C dans @RSA

À la demande de la direction de la sécurité sociale, la CNAF a interrogé certaines CAF sur les causes de l'absence de pré-instruction du droit à la CMU-C dans @RSA.

Si les demandeurs du RSA souhaitent parfois ne pas être accompagnés (demande de CMU-C déjà déposée, souhait d'un échange avec un agent de l'assurance maladie ou demande de délai de réflexion), ils ne se voient pas systématiquement proposer un accompagnement à la CMU-C. Cette circonstance est rendue possible par le fait que, dans @RSA, la pré-instruction de la demande du RSA peut être validée sans que celle de la CMU-C ait été pré-instruite. Une évolution de l'outil est en cours afin de remédier à cette limite.

L'instruction de la CMU-C s'interrompt parfois au moment où l'agent de la CAF interroge le demandeur sur l'organisme qu'il choisit pour gérer son droit à cette aide (caisse d'assurance maladie ou organisme d'assurance), faute pour le demandeur de la CMU-C d'y avoir réfléchi au préalable et, pour l'agent de la CAF, d'être admis à choisir par défaut la caisse d'assurance maladie lorsque le demandeur ne désigne pas un organisme d'assurance complémentaire.

b) La recherche des droits sociaux des allocataires des CAF

La COG 2013-2017 prévoit la mise en œuvre de « rendez-vous des droits sociaux »[50], au cours desquels l'ensemble des prestations servies par les CAF feront l'objet d'une présentation approfondie et où les participants seront informés et orientés au titre des prestations et droits sociaux relevant d'autres acteurs : CMU-C et ACS, allocation de solidarité spécifique (ASS), tarifs sociaux de l'électricité et du gaz, fonds de solidarité pour le logement (FSL) et aides extra-légales des centres communaux et intercommunaux d'action sociale.

Ces entretiens sont ciblés sur certains allocataires et effectués dans le cadre de l'entretien individuel associé à l'instruction de la demande de RSA, dans celui de la mise en place de parcours spécifiques (logement, insertion, séparation et naissance) ou sur demande d'un travailleur social ou de l'allocataire ou encore en fonction d'un signalement par un organisme partenaire.

L'objectif fixé par la COG de 100 000 entretiens annuels a été largement dépassé : pour 2014, près de 164 000 ont été recensés. Près de 60 000 d'entre eux ont eu lieu dans le cadre de l'entretien associé à l'instruction de la demande de RSA, où la question du droit à la CMU-C est en principe systématiquement abordée et près de 61 000 ont été menés par les travailleurs sociaux, qui effectuent de manière habituelle une revue d'ensemble des droits sociaux.

Grâce au concours des techniciens conseil, au-delà de celui des travailleurs sociaux, les « rendez-vous des droits sociaux » conduisent cependant à aborder sur un champ plus large les prestations et droits relevant d'autres organismes que les CAF : en 2014, 43 000 entretiens ont eu une origine autre que l'instruction d'une demande de RSA ou une offre de travail social ; ceux associés à l'instruction des demandes de RSA dépassent la seule CMU-C.

La recherche expérimentale des droits sociaux de publics inconnus des CAF

Avec le concours de la CNAF, de Pôle Emploi et de l'École d'économie de Paris, le ministère de la santé a engagé une action expérimentale (mi-2015 – fin 2017) visant à explorer de nouvelles modalités de détection du non-recours aux droits, à mieux comprendre les mécanismes de non-recours et à dégager des solutions généralisables pour lutter contre ce dernier, en dépassant la seule population des allocataires des CAF.

À ce titre, des « rendez-vous des droits étendus » sont proposés à des demandeurs d'emplois dotés de faibles ressources et à un échantillon représentatif de la population française métropolitaine, centré sur les foyers identifiés comme ayant de faibles ressources connues par l'administration fiscale. Puis, seront appréciées les incidences des invitations sur les demandes, les ouvertures de droits au titre d'un large spectre de prestations et le niveau de vie des personnes concernées, ainsi que l'efficacité relative de différents types d'approche.

Cette démarche innovante pourrait déboucher sur des enseignements importants en vue de favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS. La CNAMTS n'y est pas associée.

[50]. Ils ont pour précurseur les « rendez-vous prestations », effectués depuis 2008 par les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA), qui ont pour objet de balayer l'ensemble des droits possibles selon une logique de guichet unique.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'extension de l'ACS et, à un moindre degré, de la CMU-C à un public de plus en plus vaste, par des mesures de relèvement des plafonds de ressources, a eu pour effet de déconnecter de plus en plus fortement la population éligible de celle située au niveau du seuil de pauvreté, compte tenu de l'approche restrictive des ressources prises en considération pour le calcul de ce plafond. En particulier, le plafond de l'ACS dépasse désormais le seuil de pauvreté dans la plupart des cas de figure.

L'augmentation importante du nombre de bénéficiaires qui en a résulté, outre l'incidence progressive des conséquences de la crise économique, s'accompagne de la persistance d'un non-recours massif à ces dispositifs, tout particulièrement pour l'ACS. Malgré les limites des évaluations produites, entre 3,5 et 6,1 millions de personnes au total pour la seule France métropolitaine ne bénéficiaient pas effectivement en 2013 de l'un de ces dispositifs auxquels ils étaient potentiellement éligibles. Les causes du non-recours ne sont pas ou insuffisamment éclairées.

Sauf exception (renouvellement automatique de l'ACS pour les titulaires des prestations du minimum vieillesse), les pouvoirs publics ont, en raison du coût de ces mesures, écarté l'attribution et le renouvellement automatique de la CMU-C et de l'ACS pour les publics qui en bénéficient en droit (titulaires du RSA socle pour la CMU-C) ou en fait (titulaires des prestations du minimum vieillesse pour l'ACS).

Se manifeste ainsi une forme de paradoxe. Priorité a été donnée à l'élargissement de la population potentiellement éligible sur l'accès effectif aux dispositifs, le relèvement des plafonds étant d'autant moins coûteux que le taux de non recours demeure élevé.

Les démarches palliatives mises en œuvre par les organismes de sécurité sociale restent pour leur part inabouties. Malgré la mise en œuvre de certaines actions, l'assurance maladie a pris un retard important dans la concrétisation des engagements qu'elle a pris en matière de lutte contre le non-recours aux droits, notamment à la CMU-C et à l'ACS. Une politique nationale reste encore en cours de construction.

L'absence de généralisation par la CNAF de l'application nationale d'instruction des demandes de RSA et, pour les organismes qui l'utilisent, du recueil des demandes de CMU-C à l'occasion du traitement de celles de RSA affecte considérablement le recours à la CMU-C par les titulaires du RSA socle.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

1. *fiabiliser l'estimation du non-recours à l'ACS, étendre aux départements d'outre-mer l'estimation du non-recours à la CMU-C et à l'ACS et éclairer par des études périodiques les motifs de non-recours à ces dispositifs ;*
2. *favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS en interrogeant les fichiers des administrations sur un champ élargi, en assurant le recueil exhaustif des demandes de CMU-C lors de l'instruction des demandes de RSA et en rendant obligatoire l'engagement par les caisses d'assurance maladie d'une démarche systématique de promotion de la CMU-C et de l'ACS auprès des publics concernés.*

Chapitre II

Une protection élevée dès l'origine pour la CMU-C et désormais fortement améliorée pour l'ACS

Les dépenses de santé qu'exposent les titulaires de la CMU-C au-delà de celles prises en charge par l'assurance maladie obligatoire de base font l'objet d'une prise en charge complémentaire de bon niveau, supérieure dans la plupart des cas aux garanties souscrites dans un cadre collectif ou à titre individuel, qui n'empêche pas toutefois la persistance de renoncements aux soins chez certains bénéficiaires.

En revanche, les titulaires de l'ACS, pour ceux qui souscrivent un contrat d'assurance complémentaire santé, retiennent pour la plupart des garanties de faible niveau, sans que cet état de fait puisse être imputé à une insuffisance éventuelle du montant de l'aide. En outre, si l'ACS réduit la part des tarifs d'assurance à la charge des ménages, l'augmentation de son montant n'a qu'un effet transitoire sur cette dernière.

Au regard de ses résultats, la toute récente sélection par l'État, dans le cadre d'une procédure d'appel à la concurrence, des contrats éligibles à l'ACS va améliorer de manière significative le niveau comme le prix des garanties souscrites par les utilisateurs de cette aide.

I - La CMU-C : une couverture de bon niveau qui ne supprime pas toute difficulté d'accès aux soins

Depuis son entrée en vigueur en 2000, la CMU-C procure des prestations d'un niveau élevé, généralement supérieur à celui des garanties d'assurance complémentaire santé dont bénéficie le reste de la population dans un cadre collectif ou individuel. Toutefois, elle ne conduit pas à faire disparaître tout obstacle financier, perçu ou réel, à l'accès aux soins des ménages les plus démunis. Dans des proportions mal cernées, une partie de ses bénéficiaires peine à faire valoir ses droits auprès de certains professionnels libéraux de santé, tandis qu'une minorité de ces derniers n'accepte pas les règles qui encadrent leurs pratiques dès lors que leur patient est pris en charge au titre de la CMU-C.

A - Une prise en charge intégrale et sans avance de frais de dépenses de santé fortement encadrées

Comme la Cour l'a déjà souligné[51], le niveau des prestations complémentaires dont bénéficient les titulaires de la CMU-C est supérieur à celui de 80 % des contrats souscrits par le reste de la population dans un cadre collectif ou à titre individuel. Les bénéficiaires de la CMU-C devraient, pour se procurer une protection identique à celle apportée par la CMU-C en faisant appel aux organismes complémentaires, acquitter des tarifs supérieurs à ceux que supportent les 3/4 environ de la population.

1 - Des prestations et droits connexes favorables à l'accès aux soins

La CMU-C procure à ses bénéficiaires une couverture complémentaire gratuite qui les exonère des participations qui réduisent la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de base (forfait journalier hospitalier et participations forfaitaires et franchises en ville et à l'hôpital) et les dispense de faire l'avance des frais sur l'ensemble des dépenses prises en charge au titre du régime de base et de la couverture complémentaire (« tiers payant intégral »).

Les titulaires de la CMU-C bénéficient d'une prise en charge intégrale de leurs dépenses de santé à hauteur des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. À ce titre, ils ne supportent pas de ticket modérateur. En l'absence d'une disposition réglementaire en ce sens, ils en sont également exonérés de fait même en cas de non-respect du parcours de soins.

En outre, ils bénéficient de tarifs opposables aux professionnels de santé pour les consultations médicales et les dispositifs médicaux à usage individuel, fixés pour ces derniers par un arrêté ministériel[52]. Sauf exigence particulière de leur part, les médecins généralistes et spécialistes de secteur II ne peuvent notamment pratiquer de dépassements d'honoraires à leur égard. En matière de dispositifs médicaux à usage individuel (optique, prothèses dentaires, prothèses auditives et autres dispositifs[53]), les professionnels concernés sont tenus de proposer aux bénéficiaires de la CMU-C des équipements adéquats dans la limite de tarifs opposables :

- s'agissant des actes de soins dentaires et d'orthopédie dento-faciale, la CMU-C prend notamment en charge la pose de couronnes et de multi-attaches métalliques ;

[51]. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XI « Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire », p. 321-346, septembre 2011, La Documentation française, www.ccomptes.fr.

[52]. S'agissant des actes dentaires prothétiques, les signataires de la convention nationale des chirurgiens-dentistes ont la faculté de fixer les tarifs opposables au titre de la CMU-C pour les actes pour lesquels des dépassements d'honoraires sont autorisés. Ce n'est qu'en l'absence de convention ou lorsque la convention n'a pas fixé de tarif opposable qu'il revient à un arrêté ministériel de le faire. Pour la première fois, les tarifs opposables ont été fixés en 2013 par un avenant à la convention nationale, un arrêté en assurant ensuite l'intégration à la classification commune des actes médicaux.

[53]. Tels que notamment cannes, déambulateurs, fauteuils roulants, produits pour diabétiques, orthèses pour l'appareillage du genou, colliers cervicaux, compresses et pansements.

- en matière d'optique, la CMU-C prend en charge la fourniture d'une paire de lunettes par an, une fréquence plus rapprochée étant admise dans certains cas (enfants de moins de 6 ans, évolution de la pathologie, intolérance aux verres progressifs) ;
- pour les audioprothèses, la prise en charge au-delà des tarifs de responsabilité porte depuis 2014 sur une période de quatre ans à compter de la première prise en charge de l'une des prothèses.

Si les bénéficiaires de la CMU-C souhaitent disposer d'autres équipements, ils doivent en assumer le coût au-delà des tarifs de responsabilité.

Selon une étude portant sur l'année 2010 publiée par la CNAMTS[54], la CMU-C solvabilise très largement les dépenses de santé de ses bénéficiaires. Ainsi, en moyenne, ces derniers supportaient un reste à charge égal à 1,8 % de leurs dépenses. Plus des trois-quarts des bénéficiaires de la CMU-C n'avaient aucun reste à charge et, pour 95 % de ceux qui en avaient eu un, il s'élevait à moins de 5 € par mois.

Toutefois, une minorité assumait des restes à charge élevés, principalement au titre de l'optique et de soins dentaires : pour 5 %, des restes à charge de 270 € en moyenne par an ; pour 2,5 %, près de 440 € en moyenne ; pour 1 %, près de 690 €.

Cet état de fait peut être diversement interprété : une partie des bénéficiaires en question de la CMU-C sont susceptibles d'avoir souhaité acquérir des dispositifs médicaux dont les caractéristiques excèdent celles du « panier de soins » propre à cette couverture complémentaire ; pour d'autres, certains professionnels de santé sont susceptibles de ne pas leur avoir proposé des soins ou des biens médicaux correspondant aux tarifs opposables de la CMU-C. Compte tenu de leur objet, les mesures de revalorisation du « panier de soins » intervenues en 2014 (voir *infra*) pourraient entraîner, pour l'avenir, une réduction du niveau de ces restes à charge.

2 - Des évolutions limitées des prises en charge au fil du temps

Compte tenu d'un niveau d'emblée conséquent, peu d'évolutions ont été apportées au contenu des droits procurés par la CMU-C depuis sa création. Elles ont consisté en des revalorisations des tarifs opposables du « panier » des dispositifs médicaux à usage individuel et en l'intégration à ce dernier de prestations supplémentaires.

En particulier, les tarifs opposables en matière de soins dentaires et d'orthopédie dento-faciale ont fait l'objet en 2006 d'une revalorisation de 30 %, qui a donné partiellement satisfaction aux demandes en ce sens des chirurgiens-dentistes. Les forfaits relatifs aux prothèses auditives ont également fait l'objet d'une importante revalorisation en 2014 (prise en charge simultanée de 700 € au total pour chaque oreille, contre un peu moins de 444 € pour la première oreille et de 200 € pour la seconde, ticket modérateur compris). S'agissant des dispositifs médicaux autres que ceux relatifs à l'optique, au dentaire et à l'audition, une seule revalorisation a été effectuée (en 2002).

Les autres évolutions apportées au « panier » des dispositifs médicaux ont répondu au souhait de faire bénéficier les titulaires de la CMU-C d'une prise en charge gratuite au titre de

[54]. Points de repère n° 35 – septembre 2011.

variantes des dispositifs existants, afin notamment de tenir compte de la montée en gamme de ces derniers. De fait, les évolutions de la qualité technique, l'organisation des circuits de production et de distribution et les habitudes de consommation favorisent des demandes d'augmentation de la prise en charge par la CMU-C des dépenses relatives aux dispositifs médicaux par les professionnels de santé et par les assurés. Ainsi, le périmètre des prestations prises en charge par la CMU-C dans la limite de tarifs opposables a été élargi en 2014 aux « bridges » dentaires, à l'amincissement des verres en cas de forte correction et à la prise en charge d'audioprothèses stéréophoniques et non plus seulement analogiques.

B - La persistance de renoncements aux soins et de refus de soins

L'accès effectif aux soins des bénéficiaires de la CMU-C est imparfaitement assuré en raison de la méconnaissance par une partie d'entre eux des avantages qu'elle procure et du refus, généralement latent, d'accepter les règles qui s'imposent à eux par certains professionnels de santé.

1 - Une fréquence toujours élevée de renoncements aux soins au motif d'obstacles financiers pour les bénéficiaires de la CMU-C

La protection complémentaire gratuite dont bénéficient les titulaires de la CMU-C n'a pas eu pour effet de faire disparaître tout renoncement aux soins pour des motifs financiers, au-delà même des limites de la prise en charge des dispositifs médicaux, qui devenaient sensibles avant les mesures de revalorisation adoptées en 2014.

Au titre de l'objectif 1 « assurer un égal accès aux soins » du programme de qualité et d'efficience « Maladie » annexé au projet annuel de loi de financement de la sécurité sociale, le renoncement aux soins est suivi par un indicateur (1-5-) qui mesure l'écart de renoncement aux soins entre les titulaires de la CMU-C et ceux d'une assurance complémentaire. Il est renseigné par l'« enquête santé et protection sociale » effectuée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) selon une périodicité biennale.

L'enquête la plus récente confirme l'utilité de la CMU-C pour l'accès aux soins des ménages à faibles revenus, tout en faisant apparaître l'évocation d'obstacles financiers conduisant à renoncer à des soins par près d'un tiers de ceux qui en bénéficient.

Le renoncement aux soins pour des motifs financiers selon l'enquête de l'IRDES

Selon cette enquête, 26,7 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclarait en 2012 avoir renoncé à au moins un soin qu'elle estimait nécessaire pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Le renoncement aux soins se concentrait sur les prothèses et les soins dentaires, les lunettes et les consultations de spécialistes.

Après neutralisation des différences de sexe et d'âge, la proportion de personnes déclarant avoir renoncé à des soins pour des motifs financiers est supérieure pour les titulaires de la CMU-C à celle des titulaires de garanties contractuelles d'assurance (32,8 % contre 24,5 %), mais inférieure à celle des personnes sans aucune couverture complémentaire (54,8 %).

Les écarts relatifs de taux de renoncement aux soins entre ces trois sous-populations présentent une certaine stabilité dans le temps. L'enquête ne permet pas d'appréhender la nature des raisons financières à l'origine des renoncements aux soins.

Le Fonds CMU-C a confié au centre technique d'appui et de formation (CETAF), qui coordonne le réseau des centres d'examen de soins de santé (CES) de l'assurance maladie, la réalisation d'une enquête permettant d'approcher les motifs du renoncement aux soins par les bénéficiaires de la CMU-C, notamment ceux liés à la relation entre le patient et le professionnel de santé qu'il consulte.

Le renoncement aux soins dans l'enquête du CETAF

Plus d'un tiers des répondants (36,6 %) de l'échantillon (4 510 consultants majeurs dans 20 CES répartis sur l'ensemble du territoire au cours du dernier quadrimestre 2010, dont la moitié étaient demandeurs d'emploi) indiquent avoir renoncé au cours des douze derniers mois à des soins pour des raisons financières, qu'il s'agisse de causes exclusivement ou pour partie d'ordre financier (63 % et 37 % des renonçants pour des raisons financières).

La proportion de renonçants est moins élevée pour les titulaires de la CMU-C depuis un an et plus, qui sont plus fortement susceptibles d'avoir expérimenté les avantages qu'elle procure (32,2 %), que pour ceux de moins d'un an (45,5 %). De même, les titulaires depuis un an et plus sont moins nombreux à renoncer a priori à des soins, avant même d'avoir consulté (14,3 % contre 24,3 % pour ceux d'un an et plus). Les soins et biens médicaux les plus concernés sont, par ordre décroissant d'importance, les prothèses dentaires, les médicaments, les soins dentaires, les lunettes et la consultation de spécialistes.

Les causes les plus fréquemment citées de renoncement aux soins sont, par ordre décroissant d'importance, l'absence de remboursement des soins, traitements et médicaments envisagés (47 % des motifs de renoncement pour des raisons financières), la demande d'une participation financière par le professionnel de santé (22 %), la méconnaissance d'une prise en charge au titre de la CMU-C (20 %), le fait de n'avoir pas osé demander l'application des tarifs de la CMU-C (11 %) et le refus du tiers payant par le professionnel de santé (12 %).

Parmi les bénéficiaires de la CMU-C ayant déclaré avoir renoncé pour des raisons exclusivement financières, d'une autre nature ou mixtes, plus d'un quart (28 %) invoque un obstacle lié au(x) professionnel(s) de santé (refus de prise en charge, demande de participation financière ou refus du tiers payant).

2 - Une acceptation encore incomplète par les professionnels de santé des règles relatives à la CMU-C, des manquements rarement mis en cause et sanctionnés

La prise en charge d'un patient bénéficiant de la CMU-C emporte des conséquences sensibles pour les professionnels de santé par rapport à leurs pratiques habituelles : tiers payant obligatoire, interdiction des dépassements d'honoraires médicaux et application de tarifs opposables en matière de dispositifs médicaux, sauf demande particulière du patient.

Les rapports d'évaluation de la loi du 17 juillet 1999 préparés par le Fonds CMU-C soulignent la persistance des refus de soins, entendus comme les attitudes par lesquelles les

professionnels de santé refusent de procurer aux titulaires de la CMU-C les actes de soins dans des conditions de délai et de qualité identiques à celles offertes aux autres assurés, dans le respect des principes d'application de tarifs réglementés et de dispense d'avance de frais propres à ce mode particulier de couverture complémentaire. Ils se réfèrent à des enquêtes faisant apparaître, sur des périmètres variables, des fréquences élevées de refus de soins, opposés à titre principal par des médecins spécialistes de secteur II et des chirurgiens-dentistes[55]. Ces enquêtes, effectuées au cours de la décennie précédente, n'ont pas été reconduites depuis lors.

Après un délai important, la CNAMTS a mis en place en 2008 un dispositif structuré de prise en charge des réclamations et plaintes émises par les titulaires de la CMU-C et par les professionnels de santé afin d'identifier les facteurs explicatifs des refus de soins, favoriser le respect des droits et obligations de chacune des parties et chercher à concilier ces dernières.

Les données disponibles, dont la fiabilité n'a pas été examinée par la Cour, font apparaître un nombre réduit, mais tendanciellement croissant de saisines des assurés auprès des missions de conciliation des caisses d'assurance maladie (252 en 2009, 632 en 2010, 1 153 en 2011 et 1 092 en 2012). Elles ne fournissent cependant qu'une image partielle des refus de soins. En effet, les rendez-vous abusivement tardifs ne représentent qu'une fraction minime des motifs de refus (2 % en 2012). Or, en cas d'attente pour obtenir un rendez-vous, les titulaires de la CMU-C recherchent avant tout un autre professionnel de santé susceptible de les accueillir et ne saisissent que rarement leur CPAM.

S'agissant des dépassements d'honoraires, la CNAMTS indique que 3 026 médecins de secteur I disposant d'un droit permanent à dépassement ou de secteur II (soit 10,3 % des médecins concernés) en ont facturé plus de dix à des titulaires de la CMU-C en 2013. Les principales disciplines sont la médecine générale, la gynécologie et l'ophtalmologie. Pour un nombre non négligeable de praticiens (300 environ), ces dépassements atteignent en cumulé plus de 1 000 € pour cette même année.

Malgré l'élargissement de leur saisine en 2007[56], peu de plaintes sont déposées devant les conseils départementaux des ordres professionnels, qui sont seuls compétents pour sanctionner les refus de soins opposés aux titulaires de la CMU-C[57]. Selon le dernier rapport d'évaluation de la loi du 27 juillet 2009, 28 plaintes ont été adressées aux conseils départementaux de l'ordre des médecins au cours des deux années 2012 et 2013, dont 5 ont

[55]. Cf. annexe n° 8.

[56]. L'action disciplinaire ne peut être introduite devant la chambre disciplinaire de première instance que par le conseil national ou le conseil départemental de l'ordre au tableau duquel le praticien est inscrit, le ministre chargé de la santé, le préfet de département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le procureur de la République du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le praticien est inscrit au tableau et un syndicat ou une association de praticiens. Depuis 2007, les patients, les organismes d'assurance maladie obligatoire et les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité ont la faculté de saisir le conseil national ou le conseil départemental à cette fin.

[57]. Les refus de soins sont susceptibles de faire l'objet de deux types de sanctions : des sanctions disciplinaires au regard des obligations déontologiques fixées par le code de la santé publique, prononcées par une chambre disciplinaire composée de pairs et des sanctions pour fautes, fraudes, abus et tous faits intéressant l'exercice de la profession, prononcées sur le fondement des dispositions du code de la sécurité sociale par une section particulière de la chambre disciplinaire de l'ordre composée de pairs et de représentants des organismes d'assurance maladie (section des assurances sociales).

donné lieu à une sanction à l'encontre du professionnel de santé (12 autres ont été rejetées au motif que le refus de soins n'était pas établi) ; pour leur part, les conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes ont été saisis de 18 plaintes en 2012, dont une a donné lieu à une saisine de la chambre disciplinaire de première instance.

La CNAMTS a fini par faire suite à une requête du conseil national de l'ordre des médecins remontant à novembre 2013, après relance de ce dernier, en demandant aux CPAM en février 2015 de saisir les conseils départementaux de l'ordre des médecins des cas de manquement à la déontologie que constituent les pratiques tarifaires injustifiées à l'égard de titulaires de la CMU-C[58]. Par ailleurs, elle a engagé l'application de la procédure de sanction en cas de pratique tarifaire excessive prévue par l'avenant n° 8 à la convention médicale, qui peut conduire à l'application de sanctions par le directeur de la caisse d'assurance maladie à défaut d'évolution des pratiques tarifaires.

Compte tenu de la persistance des refus de soins explicites ou déguisés, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST ») a étendu à la qualité de titulaire de la CMU-C ou de l'ACS les facteurs possibles de discrimination pour l'accès aux soins, au même titre que l'origine ethnique, le handicap ou l'état de santé. En outre, elle a prévu une saisine de la juridiction ordinale compétente par le président du conseil territorialement compétent en cas d'échec de la conciliation avec le plaignant (par une commission mixte composée à parité du conseil territorialement compétent de l'ordre et de l'organisme local d'assurance maladie) ou en cas de récidive du professionnel de santé. Par ailleurs, elle a donné la possibilité au directeur de l'organisme d'assurance maladie concerné de sanctionner financièrement les professionnels de santé qui pratiquent des dépassements d'honoraires ou de tarifs à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C. Toutefois, les décrets d'application de ces dispositions n'ont toujours pas été pris près de 6 ans après la promulgation de la loi.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé adopté en première lecture par l'Assemblée nationale prévoit de confier désormais aux ordres professionnels le soin d'objectiver les pratiques discriminatoires des professionnels de santé, y compris les refus de soins opposées aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS59. Plus de quinze années après l'adoption de la loi du 27 juillet 1999 créant la couverture maladie universelle complémentaire, la portée de ce dispositif prête à interrogation, alors même que les titulaires de l'ACS bénéficient désormais ou vont prochainement bénéficier de droits identiques à ceux, de fait imparfaitement respectés, des titulaires de la CMU-C (interdiction des dépassements d'honoraires médicaux depuis le 15 février 2013 en application de l'avenant n° 8 à la convention médicale, tiers payant intégral, y compris sur la part complémentaire à compter du 1er juillet 2015, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015).

---

58. L'article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale dispose que « les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel ».

59. « Il [l'ordre] évalue, en lien avec des associations de patients agréées en application de l'article L. 1114-1 et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3, par les membres de l'ordre. Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés ».

II - Une protection procurée par l'ACS longtemps peu satisfaisante, mais désormais proche de celle apportée par la CMU-C

Quelque dix années après son instauration, l'ACS est placée dans une double impasse. Une part prépondérante et tendanciellement croissante des publics auxquels elle s'adresse ne la sollicite pas, faute d'en connaître l'existence, d'en comprendre l'intérêt, d'engager les démarches administratives nécessaires à son obtention ou d'y être invité. Une proportion majoritaire et constante de ses titulaires ne l'utilise pas de manière optimale, faute de parvenir à s'orienter au mieux de ses intérêts sur un marché de l'assurance santé individuelle caractérisé par une multiplicité d'acteurs et de contrats et par la comparabilité réduite des clauses de ces derniers.

En l'état, l'ACS n'était donc pas susceptible d'apporter une contribution efficace à l'objectif fixé par le Président de la République de « généraliser à l'horizon de 2017 l'accès à une couverture complémentaire de qualité »[60], pour ce qui concerne les ménages dotés de faibles ressources qui ne bénéficient ni de la CMU-C, ni d'une couverture complémentaire d'entreprise, dont la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, issue de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, a ultérieurement engagé la généralisation.

Après avoir écarté la création d'une CMU-C contributive, les pouvoirs publics ont choisi de rompre avec la conception d'origine de l'ACS : celle d'une aide dont l'utilisation relève du libre choix de ses titulaires, sans immixtion notable de l'État dans la définition du contenu et du prix des garanties d'assurance qu'ils souscrivent sur le marché. Ils ont décidé de sélectionner les contrats éligibles à cette aide afin, selon les termes de l'avis d'appel public à la concurrence, de « permettre l'accès à une couverture complémentaire de santé de qualité adaptée aux bénéficiaires de l'ACS à un tarif qui limite le coût restant à charge sur l'achat du contrat ». Avec l'ouverture de droits connexes, la sélection par l'État des contrats éligibles à l'ACS conduit à créer, aux côtés de la CMU-C, un second étage de protection complémentaire santé destiné aux ménages dotés de faibles revenus. Cette évolution justifie le réexamen des aides complémentaires à l'ACS versées par les caisses d'assurance maladie.

A - Un rapport qualité / prix peu satisfaisant des contrats d'assurance souscrits avec le concours de l'ACS

Les augmentations du montant de l'ACS n'ont pas entraîné de montée en gamme des garanties d'assurance complémentaire santé souscrites avec le concours de cette aide, dont le niveau demeure globalement faible.

Si elles conduisent en revanche à réduire dans une mesure importante le montant des primes et cotisations d'assurance restant à financer par les bénéficiaires de l'aide, le niveau relatif du reste à financer par ces derniers n'a pas connu de réduction significative.

[60]. Discours au congrès de la Mutualité française le 20 octobre 2012.

Contrairement aux souhaits du législateur, la concertation entre les pouvoirs publics et les instances représentatives des organismes d'assurance complémentaire santé n'a pas permis de fixer des critères non impératifs de qualité des contrats souscrits avec le concours de l'ACS et d'assurer la publicité des contrats qui y répondent auprès des titulaires de l'ACS.

1 - Les revalorisations successives du montant de l'ACS

Depuis sa création, l'ACS a fait l'objet de quatre augmentations, modulées en fonction de la classe d'âge de ses bénéficiaires, qui sont retracées ci-après.

Tableau n° 8 : augmentations du montant de l'ACS (en €)

<table>
<tr><th></th><th>< 16 ans</th><th>16–24 ans</th><th>25–49 ans</th><th>50–59 ans</th><th>60 ans ></th></tr>
<tr><td>1/1/2005</td><td>75</td><td>75</td><td>150</td><td>150</td><td>250</td></tr>
<tr><td>1/1/2006</td><td rowspan="4">100</td><td rowspan="2">100</td><td rowspan="4">200</td><td>200</td><td>400</td></tr>
<tr><td>21/7/2009</td><td rowspan="3">350</td><td rowspan="2">500</td></tr>
<tr><td>1/1/2010</td><td rowspan="2">200</td></tr>
<tr><td>1/1/2014</td><td>550</td></tr>
<tr><td>Augmentation</td><td>+33,3 %</td><td>+166,7 %</td><td>+33,3 %</td><td>+133,3 %</td><td>+120,0 %</td></tr>
</table>

Source : lois de financement de la sécurité sociale, loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Au cours de l'actuelle législature, l'ACS a été portée au 1er janvier 2014 de 500 € à 550 € pour les personnes âgées de 60 ans et plus, pour un coût estimé à 20 M€ annuels.

2 - Des garanties d'un niveau généralement faible

Pour établir le rapport annuel sur le prix et le contenu des contrats souscrits avec l'ACS, le Fonds CMU-C applique la classification en cinq classes utilisée par la DREES pour son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits (« contrats modaux »)[61] : les contrats de classe « A » offrent la meilleure couverture ; les contrats de classe « E » la plus faible.

[61]. La DREES collecte chaque année auprès des organismes de protection complémentaire santé des informations relatives aux trois contrats les plus souscrits respectivement en protection individuelle et en protection collective d'entreprise. L'enquête 2012 a permis de collecter les données de 204 organismes au titre de 904 contrats, représentant 59,8 % des personnes couvertes en protection individuelle et 21,6 % des personnes couvertes en protection collective.
Les contrats sont répartis entre cinq classes en fonction du niveau de remboursement de six prestations pour lesquelles ils se distinguent le plus : la consultation d'un spécialiste, la pose d'une couronne céramo-métallique, l'achat d'un dispositif d'optique complexe (monture et verres complexes multi-focaux ou progressifs), celui d'une prothèse auditive, les honoraires chirurgicaux et la chambre individuelle en chirurgie.

Pour l'établissement de son dernier rapport (bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit des garanties de protection complémentaire santé au 30 novembre 2013), le Fonds CMU-C a obtenu des éléments d'information de la part uniquement de 44 organismes, proposant environ 600 formules distinctes de contrats et couvrant 63 % des bénéficiaires, en dépit de dispositions réglementaires prévoyant que les complémentaires santé sont tenus de lui communiquer tous renseignements nécessaires. Malgré le caractère partiel des données, l'enquête permet de disposer d'une image pertinente des contrats souscrits avec le concours de l'ACS.

En 2013, les contrats de classe E, ceux procurant les garanties les plus faibles, regroupaient près de la moitié de la population des utilisateurs de l'ACS (47,6 %), contre moins d'un cinquième (15,6 %) de celle des contrats individuels pris ensemble dans l'enquête de la DREES sur l'année 2012 ; les contrats de classe D tenaient eux aussi une place plus importante (31,6 %, contre 24 %).

De plus, les contrats majoritairement souscrits par les bénéficiaires de l'ACS comportent en moyenne des garanties moins élevées que celles figurant dans les contrats individuels de même classe pris dans leur ensemble, pour ce qui concerne les honoraires hospitaliers, l'optique complexe, la journée en chambre particulière (contrats D et E) et les prothèses auditives (contrats E).

Déjà souligné dans le premier rapport sur les contrats d'assurance complémentaire santé ayant ouvert droit à l'ACS (sur l'année 2009), le constat d'un faible niveau des garanties souscrites avec le concours de cette aide n'a pas connu d'amélioration notable depuis lors.

Pour les bénéficiaires de l'ACS, le reste à charge sur prestations est cependant moins élevé que pour les autres titulaires de contrats individuels pour ce qui concerne les consultations de spécialistes et, dans une moindre mesure, l'optique. Il est comparable pour les prothèses dentaires.

3 - Une réduction importante, mais d'un niveau stable dans le temps, du reste à financer par les assurés

Selon les rapports annuels du Fonds CMU-C sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé, l'ACS réduit dans une mesure importante la dépense supportée par ses bénéficiaires pour l'acquisition de garanties d'assurance santé complémentaire.

En 2013, elle a pris en charge, en moyenne, plus de la moitié du tarif des garanties et permis de ramener le taux d'effort financier des utilisateurs de l'ACS au niveau constaté pour les cadres et les professions intellectuelles (soit 4,1 %, ou un demi-mois de revenu).

Comme le montre le tableau ci-après, qui porte sur les contrats couvrant une seule personne, la réduction de la dépense liée à l'acquisition de garanties de protection complémentaire santé est sensible pour toutes les classes d'âge, l'effort financier après aide demeurant toutefois élevé pour les personnes âgées de plus de 70 ans.

Tableau n° 9 : coût moyen en 2013 de la complémentaire santé après déduction de l'ACS au titre des contrats couvrant une seule personne (en €)

	Tarif moyen des garanties (1)	Montant moyen de l'ACS en cours d'année (2)	Tarif moyen après déduction de l'ACS (3)=(1)-(2)	Part restant à la charge de l'assuré (4)=(3)// (1) (en %)	Effort financier / ressources (en %)
16 – 24 ans	324	199	125	34,1 %	1,3 %
25 – 29 ans	387	200	188	43,8 %	2,0 %
30 – 39 ans	462	200	262	52,8 %	2,8 %
40 – 49 ans	562	200	362	61,4 %	3,8 %
50 – 59 ans	689	342	347	47,2 %	3,7 %
60 – 69 ans	850	490	361	39,2 %	3,8 %
70 – 79 ans	1 006	499	507	47,4 %	5,4 %
80 ans et plus	1 098	500	598	51,3 %	6,4 %
Moyenne	766	380	386	47,5 %	4,1 %

Source : rapport annuel du Fonds CMU-C sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS.

Cependant, les incidences des augmentations du montant de la CMU-C sur le niveau de l'effort financier des ménages pour acquérir des garanties d'assurance complémentaire santé sont peu perceptibles dans le temps, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 10 : évolution de l'effort financier des ménages bénéficiant de l'ACS en fonction du nombre de personnes couvertes par contrat d'assurance (en %)

	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
Nombre personnes couvertes par le contrat	RAF	EF	RAF	EF	RAF	EF	RAF	EF	RAF	EF	RAF	EF
1	53,1	4,4	44,6	3,8	44,6	3,8	45,2	4,2	46,9	4,3	47,6	4,1
2	51,8	4,4	42,4	3,7	42,4	3,7	42,8	4,0	45,1	4,2	45,8	4,1
3	53,3	3,9	46,8	3,6	46,8	3,6	46,4	3,7	48,3	3,7	48,9	3,5
4	48,8	3,4	45,3	3,3	45,3	3,3	43,7	3,4	45,7	3,4	46,7	3,2
5	43,4	2,8	41,0	2,7	41,0	2,7	39,1	2,8	41,9	2,9	43,0	2,8
6	38,9	2,3	36,6	2,2	36,6	2,2	34,3	2,3	37,1	2,4	38,5	2,3
7 et plus	33,2	1,8	29,1	1,6	29,1	1,6	28,1	1,8	30,5	1,8	32,7	1,8
Nombre moyen	1,64 personne		1,62 personne		1,62 personne		1,65 personne		1,66 personne		1,61 personne	
Moyenne tous contrats	**51,4**	**4,0**	**43,9**	**3,6**	**43,9**	**3,6**	**44,5**	**3,9**	**46,3**	**4,1**	**47,1**	**4,0**

Source : rapports annuels du Fonds CMU-C sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS.
RAF : prix des garanties restant à financer après déduction de l'ACS (en %).
EF : effort financier après déduction de l'ACS / ressources des ménages.

Malgré leur ampleur, les augmentations de l'ACS ont été rapidement absorbées, de manière quasi-proportionnelle, par celles du prix des garanties d'assurance qui couvre les dépenses de santé prises en charge et les frais de gestion des organismes complémentaires. Ce phénomène est attribuable non seulement à l'augmentation spontanée des dépenses de santé qui donnent lieu à remboursement par les assurances complémentaires santé, mais aussi à la réduction du taux de prise en charge de certaines dépenses par l'assurance maladie obligatoire de base ainsi qu'à l'alourdissement de la fiscalité sur les contrats d'assurance santé (voir *infra*).

4 - La difficulté à faire évoluer le statu quo en partenariat avec les assureurs : l'échec de la labellisation des contrats ACS

Avec le soutien du Fonds CMU-C, les pouvoirs publics ont tenté de mettre en place un dispositif de « labellisation » des contrats éligibles à cette aide afin d'élever le niveau des garanties souscrites avec le concours de l'ACS, tout en tenant compte du nombre et de la diversité des acteurs de la protection complémentaire santé.

À cette fin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a prévu qu'une convention entre l'État, le Fonds CMU-C et l'instance représentative des organismes d'assurance maladie complémentaire (l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ou UNOCAM) fixe les modalités de la labellisation des contrats éligibles à l'ACS. Le Fonds CMU-C devait établir, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance offrant des contrats répondant au label. Les caisses d'assurance maladie devaient ensuite communiquer cette liste aux titulaires d'une attestation à l'ACS afin de leur permettre d'exercer leur choix.

Établies par analogie avec celles qui confient au Fonds CMU-C l'établissement de la liste annuelle des organismes complémentaires habilités à gérer les droits à la CMU-C, ces dispositions n'étaient pas totalement opérantes. Sans l'interdire, elles ne confiaient pas expressément au Fonds l'établissement d'une liste de contrats répondant au label « ACS », ce qui laissait la possibilité aux organismes d'assurance labellisés de proposer d'autres garanties aux titulaires de l'ACS. En outre, l'ACS aurait pu continuer à être utilisée pour acquérir des garanties auprès d'autres organismes ou des garanties non labellisées.

Malgré son caractère non contraignant, la labellisation des contrats éligibles à l'ACS a échoué. En raison de divergences de conception et d'intérêts, les représentants des différentes familles - et pour la mutualité, sous-familles - d'organismes complémentaires n'ont pas proposé de modalités d'application de nature à répondre aux attentes des pouvoirs publics.

À la demande d'une association d'aide aux personnes en situation de précarité, cinq mutuelles nationales ont cependant mis en place un contrat réservé aux titulaires de l'ACS, qui accueille aujourd'hui 1/10ème environ des utilisateurs de l'aide.

B - Les effets favorables de la sélection par l'État des contrats éligibles à l'ACS sur le niveau et le prix des garanties à compter du 1er juillet 2015

Les pouvoirs publics ne se sont pas engagés dans la voie d'une labellisation contraignante des contrats éligibles à l'ACS, en fixant par la voie réglementaire des critères, notamment de contenu des garanties, à l'attribution d'un label « ACS » et en réservant le bénéfice de l'ACS aux seuls contrats qui y répondent.

L'instauration d'une CMU-C contributive aurait pu permettre de doter les ménages ayant de faibles revenus d'une couverture complémentaire de bon niveau, tout en en maîtrisant le coût pour les finances publiques par la prise en compte de facultés contributives plus élevées que celles des titulaires de la CMU-C. Elle aurait pu favoriser une réduction du non-recours en faisant disparaître l'une des deux démarches que doivent effectuer les titulaires de l'ACS (s'adresser à un organisme d'assurance après avoir obtenu l'aide auprès de leur caisse d'assurance maladie). Si elle avait consisté en une contribution progressive, elle aurait pu lisser les effets de seuils croissants de l'ACS liés à l'augmentation de son montant et au renforcement du contenu des droits sociaux qu'elle procure. Toutefois, l'option d'une CMU-C contributive a été écartée du fait de la réduction du marché de l'assurance complémentaire santé qu'elle aurait entraînée, même si les organismes complémentaires auraient pu être habilités à gérer les prestations, comme pour la CMU-C[62].

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a préféré instaurer une procédure de sélection des contrats d'assurance éligibles à l'ACS par le ministère chargé de la sécurité sociale. L'exposé des motifs indique qu'elle a pour objet de concourir à l'objectif présidentiel précité de « généraliser, à l'horizon 2017, l'accès à une couverture complémentaire de qualité » à l'ensemble de la population française. La sélection par l'État des contrats éligibles à l'ACS constitue la seconde étape de cette généralisation, après l'extension de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés au 1er janvier 2016 en application de la loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi. À cette fin, elle a pour objet de « renforcer l'attractivité du dispositif en améliorant le rapport qualité-prix des contrats souscrits au moyen d'une mise en concurrence des organismes complémentaires ».

L'ACS est désormais réservée aux contrats, souscrits ou renouvelés à compter du 1er juillet 2015[63], qui ont été sélectionnés par l'État, en fonction de la conformité de leur contenu à un socle obligatoire, de leur prix et du service rendu, parmi les offres soumises par les organismes d'assurance au titre de trois contrats type distincts : d'entrée de gamme (« A »), de moyenne gamme (« B ») et de haut de gamme (« C »). Au regard de la typologie

[62]. « Dans la perspective de la généralisation de la complémentaire santé, qui constitue l'un des principaux axes de la lutte contre le non-recours, l'opportunité de créer une « CMU-C payante » accessibles aux assurés dont les ressources ne dépassent pas le plafond de ressources ACS a été envisagée. Cette option, si elle offre de nombreux avantages, reviendrait à restreindre le marché de la complémentaire santé. C'est la raison pour laquelle cette hypothèse a été écartée au profit d'une mise en concurrence des organismes complémentaires, qui permet à l'ACS, tout en continuant à être gérée par les organismes complémentaires, dans la limite d'une liste fixée par arrêté après mise en concurrence, de répondre aux attentes des pouvoirs publics en termes de prix et de garanties proposées. Ce choix permet par ailleurs de faire varier les contrats proposés aux bénéficiaires de l'ACS en fonction de leurs besoins » (réponse du directeur de la sécurité sociale à la Cour, 3 avril 2015).

[63]. La loi de financement de la sécurité sociale prévoyait une entrée en vigueur au 1er janvier 2015. Cette date a été différée au 1er juillet 2015 par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 8 août 2014.

précitée établie par la DREES sur les contrats modaux (contrats collectifs et individuels les plus répandus), le contrat « A » relève de la catégorie « E » (la plus faible), le contrat « B » de la catégorie « D » et le contrat « C » de la catégorie C. Bien qu'ils visent certains publics (jeunes actifs sans enfant pour le « A », familles pour le « B » et personnes âgées pour le « C »), les titulaires de l'ACS peuvent les choisir indifféremment.

Les contrats retenus sont éligibles à l'ACS pour une période de trois ans pour la première sélection, puis de cinq ans pour les suivantes. À l'issue de la procédure de sélection, un arrêté ministériel du 10 avril 2015 a fixé la liste des 10 offres, portant sur 30 contrats au total (10 au titre de chaque contrat type « A », « B » et « C »), retenues pour la période du 1er juillet 2015 au 30 juin 2018.

1 - Un socle de garanties obligatoires voisin des prestations de la CMU-C, à l'exception des dispositifs médicaux

À sa création en 2005, le contenu des garanties procurées par les contrats souscrits par les titulaires d'une attestation à l'ACS ne faisait l'objet d'aucun encadrement.

En 2006, l'utilisation de l'ACS a été conditionnée à la souscription de garanties d'assurance répondant aux critères des contrats « responsables »[64], alors exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance[65]. Toutefois, le socle de garanties obligatoires des contrats responsables était étroit. Il se bornait alors à une prise en charge du ticket modérateur sur les consultations médicales auprès du seul médecin traitant (intégrale), les médicaments remboursés à 65 % par l'assurance maladie (à hauteur de 30 %) et les frais d'analyse et de laboratoire prescrits par le médecin traitant (à hauteur de 35 %).

À compter du 1er juillet 2015, l'ensemble des contrats éligibles à l'ACS (« A », « B » et « C ») comportent des garanties homogènes et proches des prestations de la CMU-C :

- prise en charge intégrale du ticket modérateur dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie, en dehors de deux exceptions pour lesquelles elle a un caractère facultatif, contrairement à la CMU-C (médicaments classés à service médical faible, remboursés par l'assurance maladie obligatoire de base à hauteur de 15 % du tarif de responsabilité et frais de soins dispensés dans un établissement thermal) ;
- prise en charge intégrale et sans limitation de durée du forfait journalier hospitalier, comme pour la CMU-C.

[64]. Mis en place par la réforme de l'assurance maladie de 2004, les contrats « responsables » ne remboursent pas les franchises médicales et participations forfaitaires à la charge de l'assuré, ainsi que les majorations de ticket modérateur et dépassements appliqués pour cause de non-respect du parcours de soins.

[65]. Depuis lors, ces contrats ont été assujettis au taux de 3,5 % (loi de finances rectificative d'août 2011), puis au taux de 7 % (depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014), tandis que le régime fiscal des contrats ne répondant pas aux caractéristiques des contrats responsables a été porté de 7 % à 9 % en 2011, puis à 14 % en 2014.

Ainsi, les risques les plus lourds, ceux liés à un séjour dans un établissement de santé sont intégralement pris en charge (il en va de même pour l'ensemble des contrats responsables[66] et les contrats d'entreprise[67]). Par rapport à la CMU-C, les conditions d'entrée en jouissance des droits demeurent cependant moins favorables. Suivant une tolérance ministérielle, la CMU-C peut en effet être demandée dans un délai de deux mois suivant l'entrée en hospitalisation.

Les écarts de garanties entre les trois contrats type éligibles à l'ACS et entre ces derniers et les prestations obligatoires de la CMU-C se concentrent sur les dispositifs médicaux, pour lesquels des facultés de choix sont reconnues aux titulaires de l'ACS :

- seuls les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale sont pris en charge dans les trois contrats type au-delà des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie ; les forfaits de prise en charge, qui couvrent le ticket modérateur et les dépassements éventuels, ont un caractère croissant entre les trois contrats « A », « B » et « C » ;
- l'optique est prise en charge dans les seuls contrats « B » et « C », avec un forfait croissant de prise en charge entre ces deux contrats ;
- les prothèses dentaires sont couvertes, par un forfait, par le seul contrat « C » ;
- pour les autres dispositifs médicaux, les trois contrats prennent en charge la part complémentaire, mais uniquement dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie, sans supplément.

Les contrats éligibles à l'ACS ayant obligatoirement la qualité de contrats responsables, s'appliquent à eux (ainsi qu'aux contrats d'entreprise), les mécanismes de régulation de la dépense d'optique nouvellement instaurés pour les contrats responsables (application de plafonds pour un équipement comprenant une monture et des verres et, en leur sein, d'un sous-plafond pour la monture). Les dépenses relatives aux autres dispositifs médicaux ne font pas l'objet de mécanismes de régulation.

S'agissant des médicaments et des dispositifs médicaux à usage individuel, le contenu des garanties que doivent obligatoirement contenir les contrats éligibles à l'ACS est plus étroit que les prestations obligatoires de la CMU-C, mais plus large que celui des contrats d'entreprise et de la généralité des contrats responsables, ce qui est conforme à la finalité sociale de l'ACS[68].

2 - Une sélection de la quasi-totalité des offres recevables et éligibles

Peuvent se porter candidates à la sélection les mutuelles ou unions de mutuelles relevant du code de la mutualité, les entreprises régies par le code des assurances et les institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, ainsi que les sociétés d'assurance non établies en France, mais admises à y opérer en libre prestation de service.

---

[66]. Dont le contenu a été redéfini par un décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

[67] Dont le contenu a été fixé par un décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

[68]. Cf. annexe n° 9 pour la comparaison des socles de garanties dans les contrats éligibles à l'ACS, les contrats d'entreprise et les contrats responsables.

Afin de tenir compte de l'existence d'un contrat spécifiquement destiné aux titulaires de l'ACS (voir *supra*), de permettre à des mutuelles ayant une assise sectorielle ou géographique de se porter candidates et d'élargir les canaux de distribution des contrats éligibles à l'ACS, la loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 8 août 2014 a ouvert la possibilité d'offres groupées de plusieurs organismes d'assurance. Les offres sélectionnées par l'arrêté ministériel du 10 avril 2015 regroupent 97 organismes d'assurance au total.

Pour être recevables et éligibles, les offres devaient porter simultanément sur les trois contrats type (« A », « B » et « C ») et respecter plusieurs conditions : l'absence de discrimination à l'égard d'une partie des titulaires de l'ACS (interdiction de contraintes à l'adhésion ou à la souscription, notamment en termes de limites d'âge), l'homogénéité du contenu et du prix des garanties sur l'ensemble du territoire national[69], l'entrée en jouissance immédiate des garanties (interdiction des délais de carence), l'effectivité de la couverture complémentaire (interdiction des franchises de remboursement), la neutralité du prix et des conditions d'exercice des garanties en fonction de la consommation de soins (interdiction du remboursement de tout ou partie du prix ou, à l'opposé, de report du remboursement des prestations d'une année à l'autre en cas de non consommation de soins) et l'homogénéité des garanties (interdiction de garanties supplémentaires dont la souscription aurait un caractère optionnel et d'offres promotionnelles comportant des périodes gratuites).

Les candidats étaient admis à proposer des garanties couvrant un champ plus large ou d'un niveau plus élevé que celles du socle obligatoire (comme la prise en charge du ticket modérateur pour les médicaments à service médical faible, des forfaits supplémentaires ou plus élevés au titre des dispositifs médicaux à usage individuel ou un forfait au titre de la chambre individuelle à l'hôpital). Toutefois, ils n'étaient pas incités à le faire, les critères de notation n'en tenant pas compte, afin d'orienter les prix à la baisse. De fait, les offres soumises par les assureurs ne comportaient que rarement des garanties supplémentaires.

Pour la sélection des offres, le critère du prix était nettement privilégié (80 %). Le prix de l'offre correspondait à la moyenne non pondérée des trois contrats « A », « B » et « C », laquelle correspondait elle-même à la moyenne non pondérée de la cotisation ou prime, toutes taxes comprises, proposée pour chaque assuré de 16 à 80 ans. Les candidats étaient en effet invités à proposer un montant de cotisation ou de prime pour chaque âge compris entre 16 à 80 ans. L'offre la moins chère bénéficiait d'une majoration de 5 points[70].

Les prix sur la base desquels les contrats ont été sélectionnés doivent être maintenus pendant les trois années de la période de sélection. Le prix des garanties hors taxe peut cependant faire l'objet d'une revalorisation annuelle dans la limite de l'augmentation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixée par la loi de financement

[69]. À l'exception de l'Alsace-Moselle, compte tenu de l'existence du régime local d'assurance maladie, financé par la voie de cotisations versées par les seuls assurés, qui prend en charge tout (hospitalisation et transport sanitaire) ou partie (consultations médicales et médicaments à service élevé et moyen) du ticket modérateur dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie, ainsi que l'intégralité du forfait journalier hospitalier et la franchise de 18 €.

[70]. La note est égale à : 75 – (1 – [(prix de l'offre de la candidature – prix de l'offre la moins chère / prix de l'offre la moins chère)].

de la sécurité sociale de l'année précédente. Des revalorisations plus substantielles ne sont pas exclues[71], mais la procédure qui serait alors suivie n'est pas définie.

Le critère relatif à la qualité de service (20 %) prenait en compte les services de soins et services complémentaires, eux-mêmes répartis entre l'accès des assurés à un réseau de soins (5 points)[72] et la gestion de la relation clients (5 points)[73] et les moyens mis en œuvre pour la diffusion de l'offre dans le public, ventilés entre les capacités commerciales à couvrir la totalité du territoire (5 points)[74] et les actions de promotion de l'ACS (5 points)[75].

L'avis d'appel public à la concurrence précisait que la sélection serait opérée sur la base des offres les mieux notées dans la double limite de 30 offres et d'un écart de notation de 20 % par rapport à l'offre la mieux notée, dès lors que sont retenues a minima trois offres. À défaut, les trois meilleures offres seraient retenues.

Sur les 23 offres déposées, la commission ministérielle[76] chargée d'examiner les offres en a déclaré irrecevables 7 et en a déclaré inéligibles 5. Elle a donc examiné 11 candidatures et proposé aux ministres de retenir 10 d'entre elles par application des critères de prix et de qualité de service précités. L'arrêté du 10 avril 2015 qui fixe la liste des contrats éligibles à l'ACS est conforme à ses propositions.

Dans une préoccupation de diffusion des garanties d'assurance souscrites avec le concours de l'ACS, la commission ministérielle a appliqué le critère de qualité de service de manière faiblement sélective. Ainsi, elle a fixé à 250 implantations commerciales le seuil d'application de la note maximale relative au nombre d'implantations (soit 3 points). De ce fait, elle a accordé une note identique sur ce point à l'offre la moins disante sélectionnée, qui faisait état de 287 implantations et à l'offre la mieux disante, qui en mentionnait 11 702.

3 - Une nette amélioration du rapport qualité / prix des garanties

Suivant plusieurs angles d'analyse, les offres sélectionnées emportent, à un degré variable, une nette amélioration du rapport qualité / prix des garanties d'assurance complémentaire santé souscrites avec le concours de l'ACS.

---

[71]. Selon l'avis d'appel à la concurrence « à titre dérogatoire, des demandes ponctuelles des organismes complémentaires relatives à des variations tarifaires dans des proportions plus importantes…, notamment dès lors que des changements à caractère significatif sont intervenus (aggravation de la sinistralité, évolution démographique et modification de la réglementation) pourront être examinées ».

[72]. L'offre permet-elle l'accès à un réseau de soins au sens des dispositions de l'article L.863-8 du code de la sécurité sociale ? Dans l'affirmative, quel est le maillage territorial du réseau (nombre de professionnels, de départements, régions concernées) ? Quels sont les types de professionnels de santé, d'établissements de santé ou de service de santé ayant adhéré au réseau ?

[73]. Existe-t-il une plateforme de conseils ? Quelle en est l'accessibilité ? Est-il proposé un service d'analyse de devis ? Existe-t-il un suivi de remboursement et quelle en est la forme ?

[74]. Nombre d'implantations commerciales, existence ou non d'un numéro de téléphone dédié aux bénéficiaires de l'ACS et taxation ou non des appels.

[75]. Actions ou dispositifs spécifiques à destination des bénéficiaires de l'ACS, promotion, formation des personnels, kits de communication.

[76]. Un inspecteur des affaires sociales, le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ou son représentant), les directeurs des finances et des affaires juridiques du SGMAS (ou leurs représentants), la présidence étant assurée par le directeur de la sécurité sociale (ou son représentant).

La DREES a comparé les tarifs des trois offres retenues les mieux disantes en matière de prix et ceux des contrats actuellement souscrits par les titulaires de l'ACS (à partir d'une enquête du Fonds CMU-C sur les contrats souscrits par les titulaires de l'ACS en 2014). Ce rapprochement fait apparaître une baisse moyenne des primes et cotisations de 37 % pour le contrat offrant les garanties les plus faibles (contrat « A »), de 27 % pour le contrat intermédiaire (contrat « B ») et de 15 % pour le contrat de meilleur niveau (contrat « C »).

Comme il a été indiqué, l'ACS a pris en charge en 2013, en moyenne, un peu plus de la moitié (52,5 %) des tarifs des garanties d'assurance complémentaire santé souscrites avec le concours de cette aide. En faisant la moyenne des tarifs applicables à l'ensemble des classes d'âge dans les contrats sélectionnés, cette proportion atteint près de 80 % pour le contrat « A », 67 % pour le contrat « B » et 56 % pour le contrat « C ». Ainsi, le niveau de la prise en charge par l'ACS des tarifs du contrat « C » offrant les garanties les plus élevées dépasse celui observé au titre de la moyenne des contrats souscrits en 2013, parmi lesquels ce niveau de garanties n'est représenté que de manière très minoritaire.

L'effort sur les prix est sensible pour les trois contrats et l'ensemble des classes d'âge entrant dans le champ de la sélection :

- pour le contrat « A », le reste à financer par les assurés après déduction de l'ACS, apprécié sur une base mensuelle, est nul ou négligeable dans l'offre la mieux disante. Dans les autres offres, il atteint au plus 18 € mensuels pour un assuré de 49 ans, se réduit à 13,5 € mensuels pour un assuré de 59 ans et s'élève à 26 € mensuels pour un assuré de 80 ans ;
- pour le contrat « B », le reste à financer est inférieur à 15 € mensuels, sauf exception, dans l'offre la mieux disante. Dans les autres offres, il atteint au plus 26 € mensuels à 49 ans et à 59 ans et 41 € mensuels à 80 ans ;
- pour le contrat « C », plus particulièrement destiné aux personnes âgées de 60 ans et plus, l'offre la mieux disante s'accompagne de restes à financer après déduction de l'ACS qui atteignent 27 € mensuels au plus ; le reste à financer est inférieur à 20 € mensuels pour la plupart des assurés âgés de 60 ans et plus. Dans les autres offres, il atteint au plus 39 € mensuels à 49 ans, se réduit à 36 € mensuels à 59 ans et atteint 68 € mensuels à 80 ans.

L'avis d'appel public à la concurrence ne demandait pas aux candidats de s'engager sur un tarif à partir de 81 ans, ni en-deçà de 16 ans. Si une partie des candidats a communiqué des grilles tarifaires complètes ne faisant pas apparaître de prix prohibitifs au regard de la consommation de soins des classes d'âge les plus élevées, il n'en reste pas moins que les candidats sélectionnés disposent d'une totale liberté pour fixer les tarifs applicables à ces catégories au cours de la période d'exécution du contrat. Cette lacune est susceptible d'affecter la solvabilisation par l'ACS de la couverture complémentaire santé des personnes très âgées qui en sont titulaires. La DREES estime à 8 % la proportion actuelle de titulaires de l'ACS âgés de 80 ans et plus.

4 - Les incidences possibles de la sélection sur le recours à l'ACS

La sélection des contrats éligibles à l'ACS comporte des risques, mais aussi des opportunités, pour l'évolution du taux de recours à cette aide, aujourd'hui très faible (pour l'année 2013, il serait compris entre 28 % et 41 %, voir *supra*).

Le passage du dispositif actuel, caractérisé par une multiplicité d'organismes (plus de 600) et de contrats d'assurance (au nombre inconnu) à celui issu de la sélection par l'État des contrats éligibles à cette aide, fondé sur un nombre plus réduit d'organismes (97) et un nombre limitatif de contrats (30) comporte un risque d' « évaporation » d'une partie de la population actuelle des utilisateurs de l'ACS, dans un contexte où le taux de renouvellement de la demande d'aide est déjà faible. Dans cette éventualité, le recours à l'ACS se réduirait encore, alors même que cette aide procure des droits croissants.

Afin de réduire ce risque, les contrats d'assurance complémentaire santé en cours au 1er juillet 2015 continueront à bénéficier de l'ACS jusqu'à leur terme (le 31 décembre 2015 pour les contrats souscrits auprès de mutuelles, qui représentent environ 70 % de ceux subventionnés par l'ACS). En outre, les organismes proposant des garanties d'assurance complémentaire santé ont l'obligation, deux mois au moins avant l'échéance du contrat, d'informer leurs adhérents bénéficiant de l'ACS de leur présence ou non sur la liste ministérielle des organismes dont des contrats ont été sélectionnés. Enfin, les caisses d'assurance maladie doivent remettre à chaque nouveau titulaire d'une attestation d'un droit à l'ACS la liste des contrats d'assurance éligibles à l'ACS et d'autres documents d'information. Indépendamment de ces mesures, le risque d' « évaporation » des utilisateurs actuels de l'ACS est aussi sensiblement atténué par le fait que les 97 organismes d'assurance proposant les garanties sélectionnées assurent déjà près des deux tiers de ces derniers.

Au-delà, la sélection des contrats d'assurance complémentaire santé éligibles à l'ACS pourrait favoriser une réduction du non-recours à cette aide.

En effet, une partie des offres sélectionnées émanent d'acteurs majeurs de la banque - assurance, de l'assurance et de la mutualité ou associent des organismes importants des secteurs de la banque et de la mutualité, ce qui souligne l'importance du marché potentiel représenté par les titulaires d'un droit à l'ACS[77] pour la couverture complémentaire santé et potentiellement pour la proposition d'autres offres sur d'autres champs. La taille et la force commerciale des acteurs concernés pourraient favoriser une diffusion plus large de l'ACS parmi ses bénéficiaires potentiels et, ce faisant, faire reculer le non-recours à cette aide par les publics auxquels elle s'adresse.

Afin de permettre aux assurés titulaires d'une attestation d'un droit à l'ACS d'exercer la faculté de choix qui leur est reconnue au mieux de leurs intérêts et de leurs attentes, il convient en tout état de cause que les caisses d'assurance maladie et les sites internet des régimes obligatoires de base d'assurance maladie (ameli.fr pour le régime général) mettent à leur disposition un calculateur du prix des garanties en fonction de l'âge, après déduction de l'ACS, ainsi que des éléments d'information qualitatifs sur les 10 contrats sélectionnés.

[77] L'avis d'appel public à la concurrence rappelle que, selon l'estimation de la DREES, 2,7 à 3,9 millions de personnes seraient éligibles à l'ACS en métropole à fin 2013.

C - L'extension aux titulaires de l'ACS des droits liés à la CMU-C : une effectivité encore en défaut

Au-delà des socles de garanties des contrats éligibles à cette aide (voir *supra*), plusieurs décisions récentes concourent à donner à l'ACS un contenu en droits voisin de celui de la CMU-C. Dans l'attente d'un aménagement de la carte Vitale et de la mise en œuvre de contrôles par l'assurance maladie, ces derniers demeurent toutefois imparfaitement appliqués.

1 - L'accès des titulaires de l'ACS à des droits de plus en plus étendus

En vue d'assurer leur accès aux soins, plusieurs décisions ont étendu aux titulaires de l'ACS les droits dont bénéficient déjà ceux de la CMU-C, indépendamment de la souscription de garanties d'assurance complémentaire santé :

- dépassements d'honoraires médicaux au-delà des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie : en application de l'avenant n° 8 à la convention médicale de 2011 (décembre 2012), qui a pris effet au 15 février 2013, les dépassements d'honoraires sont interdits pour les consultations des bénéficiaires de l'ACS, sauf exigence particulière du patient ;
- participations forfaitaires et franchises à la charge des assurés sociaux : à la suite d'un amendement gouvernemental, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 exonère à compter du 1er juillet 2015 les bénéficiaires de l'ACS de la participation forfaitaire sur les consultations médicales (un euro) et des franchises sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux (50 centimes) et sur les transports sanitaires (2 €). À la différence de la CMU-C, la franchise de 18 € demeure cependant applicable[78] ;
- tiers payant : depuis le 1er janvier 2006, en vertu d'un avenant à la convention nationale médicale de 2005, les bénéficiaires de l'ACS, dans le cadre du parcours des soins coordonnés, bénéficient de droit du tiers payant sur la part de la dépense prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de base (pendant 18 mois à compter de la remise de l'attestation, que cette dernière ait été ou non utilisée). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 étend le tiers payant, à compter du 1er juillet 2015, à la part de la dépense prise en charge par l'assurance complémentaire.

Par ailleurs, en application d'un décret du 15 novembre 2013, les titulaires de l'ACS bénéficient des tarifs sociaux de l'électricité et du gaz, à l'instar de ceux de la CMU-C, qui en bénéficiaient déjà depuis 2004 pour l'électricité et 2008 pour le gaz naturel[79].

[78] Actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou de coefficient supérieur ou égal à 60 et hospitalisations au cours desquelles sont effectués des actes de cette nature.
[79]. Cf. annexe n° 10.

2 - La difficulté pour les titulaires de l'ACS à faire valoir leurs droits

Comme indiqué, depuis le 1er janvier 2006, en application d'un accord entre l'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux, les titulaires de l'ACS et leurs ayants droit ont droit, dans le cadre du parcours de soins coordonné, à la dispense d'avance de frais sur la partie de la dépense prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de base. Le droit au tiers payant est valable pour une durée de 18 mois à compter de la remise de l'attestation du droit à l'ACS, indépendamment de la souscription ou non de garanties d'assurance 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, puis par la convention médicale du 26 juillet 2011. Le tiers payant doit être systématiquement accordé par le médecin aux titulaires de l'ACS, soit sur présentation de leur attestation par ces derniers, soit, s'ils font état de leur qualité de titulaire de l'ACS sans produire l'attestation, par la consultation par le médecin des télé-services de l'assurance maladie (« espace pro »).

Depuis l'avenant n° 8 à la convention médicale, entré en vigueur au 15 février 2013, les titulaires d'une attestation à l'ACS bénéficient de surcroît de l'application des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie, indépendamment de la souscription ou non de garanties d'assurance. En principe, l'interdiction des dépassements d'honoraires est assurée par la présentation de leurs attestations par les titulaires de l'ACS ou par la consultation des télé-services de l'assurance maladie par les médecins.

En l'absence d'intégration à la carte Vitale de l'information relative à l'attribution de l'ACS, ces droits sont en pratique peu respectés par le corps médical, soit que les titulaires de l'ACS ne se signalent pas, soit que les médecins n'en tiennent pas compte. Ainsi, selon la CNAMTS, 61,6 % des titulaires de l'ACS ayant consulté un médecin de secteur II au cours du premier semestre 2014 (64 % pour les spécialistes et 41,7 % pour les généralistes), soit plus de 163 000 assurés, ont connu un dépassement d'honoraires représentant en moyenne 25,5 % du tarif opposable (26,7 % pour les spécialistes et 14,7 % pour les généralistes), ces données étant en progrès par rapport à 2013. Les dépassements les plus importants peuvent être observés pour les gynécologues médicaux et mixtes, les dermatologues et les ophtalmologistes. Le montant total des dépassements n'a pas été communiqué à la Cour.

En 2014, la CNAMTS a conduit une action d'information des médecins sur les droits que procure l'ACS. Pour 2015, elle annonce la mise en œuvre d'actions de rappel à la réglementation et de contrôle sur le respect de l'obligation conventionnelle d'appliquer les tarifs opposables de la convention médicale, après que la carte Vitale aura été adaptée afin d'assurer l'application au 1er juillet 2015 du tiers payant intégral aux titulaires de l'ACS, y compris sur la part prise en charge par l'assurance complémentaire santé.

D - Un réexamen nécessaire des « compléments ACS » versés par les caisses d'assurance maladie

Les évolutions apportées à l'ACS appellent un réexamen des aides complémentaires à l'ACS (« compléments ACS ») versées par les caisses d'assurance maladie afin d'inciter les bénéficiaires potentiels de cette aide à y recourir et à transformer les attestations qui leur sont délivrées en la souscription de garanties d'assurance complémentaire santé.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche maladie du régime général avec l'État pour les années 2010 à 2013 avait fixé un objectif chiffré d'augmentation (de 1,75 % en 2009 à 2,7 % en 2013) de la part des assurés au niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté monétaire qui bénéficient dans le cadre de la politique d'action sociale des CPAM soit d'aides complémentaires à l'ACS (« compléments ACS »), soit d'aides destinées à atténuer les effets de seuil de l'ACS (« aides effet de seuil »), sans privilégier l'une ou l'autre de ces deux modalités d'intervention.

Conformément à cette orientation, les CPAM ont consacré une part croissante des « dotations paramétriques », libres d'emploi, que leur notifie la CNAMTS aux aides en rapport avec l'ACS (38,8 % en 2013 contre 11,1 % en 2008), au détriment des autres aides individuelles[80].

Entre les deux types d'aides précitées, elles privilégient les « compléments ACS ». En 2013, 32,3 M€ leur ont été consacrés, contre 8,2 M€ en 2008. Une part importante des souscripteurs de garanties de protection complémentaire santé aidés par l'ACS en bénéficie (en 2013, 337 000 personnes au total, soit un tiers du total des utilisateurs de cette aide relevant du régime général, pour un montant moyen de 96 €, ce dernier s'étageant de 15 € à 265 € selon les caisses).

Pour leur part, les aides « effet de seuil » plafonnent depuis 2011 aux alentours de 8 M€ (7,7 M€ en 2013). Si leur montant moyen (205 €) est adapté à leur objet, elles n'atteignent qu'une population réduite (39 000 bénéficiaires) au regard de celle située à la lisière du plafond de ressources de l'ACS.

Le tableau ci-après retrace l'évolution des dotations paramétriques budgétées et exécutées et des dépenses au titre des « compléments ACS » et des aides « effet de seuil » et des autres aides sans rapport avec l'ACS.

[80]. Les sommes allouées aux aides pour difficultés financières au titre du logement, de l'alimentation ou d'autres motifs (14,9 M€ en 2013) ont connu une contraction de portée limitée. À titre principal, la réduction des ressources consacrées aux autres aides individuelles a porté sur les prestations supplémentaires (4,2 M€) et sur les aides destinées à favoriser l'accès aux soins (30,8 M€), au titre notamment des soins et des prothèses dentaires, des séjours à l'hôpital et des prothèses auditives. La Cour n'est pas parvenue à reconstituer la chronique de l'évolution du nombre et du montant de ces dernières aides.

Tableau n° 11 : évolution des dotations paramétriques, des aides en rapport avec l'ACS et des autres aides financées par les dotations

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dotations budgétées (en M€)	130,5	134,9	97,0	110,5	117,2	112,9
Dotations exécutées (en M€)	92,2	108,2	83,5	90,3	101,3	104,0
% exécution	70,6 %	80,2 %	86,1 %	81,7 %	86,4 %	92,1 %
Aides liés à l'ACS (en M€)	10,2	18,5	18,3	25,8	38,0	40,2
% dotations exécutées	11,1 %	17,1 %	21,9 %	28,5 %	37,6 %	38,8 %
« Compléments ACS » (en M€)	8,2	14,0	12,7	18,1	29,5	32,3
Nombre de bénéficiaires	69 774	108 570	110 759	163 942	283 395	337 169
Montant moyen (en €)	118	129	115	110	104	96
« Aides effet de seuil » (en M€)	2,0	4,5	5,5	7,7	8,6	8,1
Nombre de bénéficiaires	11 022	20 055	25 236	37 508	40 773	39 325
Montant moyen (en €)	183	224	219	205	210	205
Autres aides (en M€)	82,0	89,7	65,3	64,5	63,2	63,7
% dotations exécutées	88,9 %	82,9 %	78,1 %	71,5 %	62,4 %	61,2 %

Source : CNAMTS.

En outre, compte tenu de la liberté dont disposent les conseils d'administration des caisses pour fixer les règles d'attribution des aides individuelles, des écarts significatifs de traitement des titulaires de l'ACS se manifestent. En 2013, 15 CPAM n'accordaient pas d'aides « effet de seuil » et deux de « compléments ACS ». Selon le cas, les aides sont attribuées ou modulées en fonction de l'âge des bénéficiaires ou ne tiennent pas compte de ce critère, ont un caractère forfaitaire ou correspondent à un pourcentage de l'aide principale, sont attribuées pour une seule année ou peuvent être renouvelées et, dans ce dernier cas, ont ou pas un caractère dégressif.

Dans le cadre de la COG 2014 - 2017, la forte réduction de l'enveloppe au titre des aides individuelles[81], au motif notamment des incidences du relèvement des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS de juillet 2013 et de l'augmentation du montant de l'ACS pour les personnes âgées en 2014, est de nature à intensifier le conflits d'objectifs entre soutien à l'ACS, atténuation de l'effet de seuil lié à l'ACS et autres aides individuelles.

[81]. Au regard de 127,7 M€ de dépenses à ce titre en 2012, la COG 2014-2017 prévoit, au titre de la dotation paramétrique et du retour et du maintien à domicile des personnes hospitalisées, une enveloppe de 119 M€ en 2013, de 112 M€ en 2015 et de 107 M€ au titre de chacune des deux années 2016 et 2017. La COG 2010-2013 prévoyait deux lignes distinctes au titre de la dotation paramétrique et du maintien à domicile des personnes hospitalisées, dotée pour la première d'un montant fixe de 97 M€ par an et, pour la seconde, d'un montant croissant (de 26 M€ en 2010 à 30,5 M€ en 2013).

Dès avant la sélection par l'État des contrats d'assurance éligibles à cette aide, les « compléments ACS » avaient des fondements fragiles : ils ont pour objet, à travers l'attribution d'une aide secondaire, de favoriser l'utilisation effective d'une aide principale. La simplification de l'utilisation de l'ACS par ses titulaires et la réduction du prix des garanties d'assurance complémentaire santé restant à leur charge permises par la sélection des contrats qui y sont éligibles justifient leur suppression. Elle aurait de surcroît pour effet de réduire l'effet de seuil de l'ACS par rapport aux foyers qui n'y ont pas droit au vu de leurs ressources.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La CMU-C procure une couverture complémentaire de bon niveau, mais son effectivité est affectée par la persistance des refus de soins opposés par certains professionnels de santé, sans que ces comportements soient sanctionnés comme ils le devraient.

L'augmentation du montant de l'ACS, les résultats favorables de la sélection par l'État des contrats éligibles à l'ACS en fonction de socles de garanties voisines des prestations de la CMU-C (en dehors des dispositifs médicaux) et l'ouverture de droits connexes à cette aide en santé (tiers payant intégral, interdiction des dépassements d'honoraires médicaux et suppression de la plupart des participations à la charge des assurés) et au-delà (tarifs sociaux de l'électricité et du gaz) conduisent à rapprocher la situation des titulaires de l'ACS de celle des titulaires de la CMU-C.

Le versement d'aides complémentaires à l'ACS dans le cadre de l'action sociale des caisses d'assurance maladie (« compléments ACS ») soulève une difficulté de principe, contribue à renforcer l'effet de seuil de l'ACS et voit son utilité remise en cause par la réduction du prix des garanties d'assurance permise par la sélection des contrats éligibles à l'ACS.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

3. *assurer l'effectivité des tarifs opposables aux professionnels de santé pour les titulaires de la CMU-C et de l'ACS, en prenant les textes réglementaires nécessaires à l'application des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui sanctionnent les refus de soins ;*
4. *apprécier de manière périodique l'étendue des refus de soins opposés aux titulaires de la CMU-C et de l'ACS ;*
5. *réexaminer le versement d'aides complémentaires (« compléments ACS ») par les caisses d'assurance maladie, eu égard à la réduction du prix des garanties financées par l'ACS permise par la sélection des contrats d'assurance éligibles à cette aide.*

Chapitre III

Des risques fortement sous-estimés

Des risques majeurs affectent l'attribution à bon droit de la CMU-C et de l'ACS, la dynamique de la dépense de soins des bénéficiaires de la CMU-C et l'équilibre financier sur le moyen terme - long terme du Fonds CMU-C et de la gestion de la CMU-C par l'assurance maladie. Très insuffisamment pris en compte, ces risques appellent une redéfinition des dispositifs financés par le Fonds CMU-C ou des modalités de leur gestion.

I - Des modalités d'attribution insuffisamment rigoureuses

Le caractère discontinu de l'automatisation de l'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS, l'accès encore insuffisant aux informations détenues par d'autres administrations et la faiblesse des actions de lutte contre les fraudes induisent des risques élevés d'attribution ou de rejet à tort des demandes de CMU-C et d'ACS.

A - Un processus d'instruction des demandes propice à des erreurs

Les demandes de CMU-C et d'ACS sont instruites dans une application informatique ancienne, dite « base ressources ». Mise en place dans l'urgence afin de traiter les premières demandes de CMU-C au 1er janvier 2000, elle n'a fait l'objet d'aucune modernisation significative au cours des quinze dernières années. En l'absence de dispositif d'injection automatisée, l'ensemble des informations déclarées par les demandeurs doivent y être saisies de manière manuelle, ce qui alourdit les tâches de gestion et comporte des risques d'erreurs de saisie. Au-delà, l'application présente des limites majeures pour l'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS.

1 - Une détermination des ressources des demandeurs en dehors de l'outil informatique

La « base ressources » n'est pas configurée pour accueillir les données relatives aux différentes natures de ressources des demandeurs de la CMU-C ou de l'ACS, mais uniquement leur montant total. De ce fait, les agents des CPAM qui instruisent les demandes de CMU-C et d'ACS déterminent le montant total des ressources à prendre en compte en

dehors de l'application, puis le saisissent dans cette dernière. Les montants déclarés par les demandeurs au titre des différents types de ressources n'y sont pas retracés.

À défaut pour la CNAMTS d'avoir modernisé la base ressources ou mis à disposition une application périphérique à cette dernière, les modalités pratiques de détermination des ressources diffèrent entre les CPAM, voire en leur sein. À des degrés variables, elles présentent une faille importante dans la sécurité qui doit présider à l'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS.

La plupart des CPAM utilisent des tableurs issus de l'initiative de certaines d'entre elles et diffusés à leurs homologues. La CNAMTS ne s'assure pas, par la réalisation de tests, de la conformité à la législation des formules qu'ils contiennent. En outre, ces outils ne permettent pas d'assurer l'intégrité des données prises en compte, qui peuvent être modifiées à tout moment.

Dans une CPAM dont la Cour a examiné l'activité, l'utilisation du tableur est laissée à la libre appréciation des agents. Une partie d'entre eux détermine les ressources en utilisant une calculatrice ou sur papier libre, ce qui prive de toute traçabilité l'instruction des ressources et accentue le risque d'anomalies. Dans une autre caisse, le tableur est systématiquement utilisé. Cependant, cet organisme n'archive pas l'image du calcul des ressources dans les dossiers numérisés de demande, alors qu'elle l'était dans les dossiers papier. En outre, il met en œuvre des mesures de simplification de l'instruction des ressources qui accentuent les risques d'attribution erronée, malgré certaines précautions.

2 - L'absence de vérification précise des salaires déclarés

Les demandeurs dont des membres du foyer ont perçu des salaires au cours des douze mois précédant leur demande doivent joindre à celle-ci une copie des bulletins de paie concernés. En cas d'omission, les CPAM dont la Cour a examiné l'activité les leur réclament. Toutefois, les montants déclarés au titre des salaires et les justificatifs à leur appui n'épuisent pas nécessairement la totalité des ressources d'origine salariale. Il en va de même, a fortiori, lorsqu'aucune ressource salariale n'est déclarée.

La fourniture obligatoire par les demandeurs de l'avis d'imposition le plus récent au moment de leur demande, qui répond à un autre objectif que celui de fiabiliser les ressources déclarées - vérifier la stabilité de la résidence sur le territoire national -, procure des éléments d'informations susceptibles de corroborer les ressources d'origine salariale déclarées par les demandeurs. Cependant, les ressources à déclarer dans le cadre d'une demande de CMU-C ou d'ACS portent sur les douze derniers mois précédant la demande, et non sur la dernière année civile.

3 - Une vérification des prestations sociales sur un champ incomplet

Les agents qui instruisent les demandes de CMU-C et d'ACS ne sont en mesure de vérifier pleinement les ressources procurées par des prestations sociales que pour celles versées par l'assurance maladie, par la consultation des applications de gestion concernées (indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes d'accidents du travail et maladies professionnelles) et pour celles versées par les CAF, par la consultation du service d'accès

professionnel à leurs données (« CAFPRO »). Ces possibilités de consultation permettent de dispenser les demandeurs de justificatifs à l'appui de leurs déclarations et de corriger des défauts de déclaration.

S'agissant des autres prestations sociales (retraites de base et complémentaires, allocations chômage), les instructeurs sont habilités à consulter le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) instauré en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Étant habilités à prendre connaissance de l'existence et de la période de versement des prestations, ils sont en mesure de détecter les situations flagrantes d'absence de déclaration de ressources. En revanche, il leur est moins aisé de s'assurer de l'absence d'omissions, au cas notamment de la perception de plusieurs pensions de retraite de base ou complémentaires ou d'un cumul emploi - retraite. En effet, l'avis d'imposition, consulté à des fins de corroboration des déclarations, globalise sur une seule ligne l'ensemble des salaires et des pensions.

4 - L'absence de traçabilité de la vérification de la régularité du séjour en France

Les agents instructeurs confrontent les pièces fournies par les demandeurs (copie du titre de séjour, du récépissé de la demande de titre ou de la convocation à la préfecture) à la partie des informations contenues dans l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (AGDREF) du ministère de l'intérieur que les agents des organismes sociaux sont habilités à consulter sur un portail dédié. Toutefois, l'information relative à la régularité du séjour n'est tracée ni dans l'application de gestion des demandes d'attribution de la CMU-C et de l'ACS (base ressources) ni, contrairement à celle relative à la condition de stabilité de la résidence, dans l'application de gestion des données relatives aux assurés (BDO).

Les faiblesses du contrôle interne

Le dispositif de contrôle interne en vigueur au sein de la branche maladie ne fournit qu'une information partielle et non fiable sur les attributions et rejets à tort de demandes de CMU-C et d'ACS.

En effet, les résultats connus du contrôle interne comportent des limites relatives à leur contenu ou à leur interprétation, qui rejoignent celles soulignées par la Cour dans le cadre de sa mission de certification des comptes de la branche maladie du régime général[82].

S'agissant des plans de maîtrise socle (PMS), par lesquels la CNAMTS fixe des actions de contrôle interne opposables aux organismes de son réseau, les indicateurs relatifs aux actions que doivent mener les services ordonnateurs ne remontent pas au niveau national ; seules sont disponibles des auto-évaluations de leur degré de maîtrise des risques par les organismes, dont les taux généralement très élevés n'ont pas en soi de caractère probant.

Les indicateurs du plan de contrôle socle de l'agent comptable (PCSAC), qui constituent un sous-ensemble de ceux du PMS et sont issus d'échantillons de dossiers contrôlés par les agences comptables, sont, pour leur part, remontés au niveau national.

[82]. Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2013*, juin 2014, La Documentation française, p. 11 et suivantes, disponible sur www.ccomptes.fr.

Pour l'année 2013, le taux d'anomalie s'élève en moyenne nationale à 7,61 %. Il mêle de manière indistincte des anomalies ayant une incidence sur l'attribution des droits et des anomalies dépourvues d'une incidence de cette nature. Le taux d'anomalies valorisées est faible (2 %), mais n'a pas un caractère fiable. Par ailleurs, l'incidence financière totale des anomalies détectées n'est pas valorisée et extrapolée à l'ensemble des dossiers d'attribution de la CMU-C et de l'ACS de l'année.

Sur un plan général, la très grande disparité des résultats entre CPAM (entre aucune anomalie et 42 % d'anomalies) interroge l'homogénéité des méthodes de contrôle mises en œuvre par les agences comptables et la fiabilité de leurs résultats.

Dans l'un des organismes dont la Cour a examiné l'activité d'attribution de la CMU-C et de l'ACS, les contrôles de l'agence comptable ont une portée limitée (vérification de la cohérence d'ensemble du dossier, sans recalcul des ressources, le calcul n'étant pas archivé par les services ordonnateurs), ce qui apparaît de nature à entraîner une sous-évaluation de la fréquence réelle des anomalies.

B - Une refonte indispensable

Le processus d'instruction des demandes de CMU-C et ACS comporte des faiblesses majeures propices à des erreurs dans l'attribution ou le rejet des demandes de CMU-C et d'ACS du fait de données partielles ou erronées ou d'erreurs dans leur exploitation, ainsi qu'à des irrégularités, tout en suscitant des coûts de gestion élevés.

Des coûts de gestion élevés pour la branche maladie

Selon les données de la comptabilité analytique de la branche maladie communiquées à la Cour par la CNAMTS, 1 460 emplois, exprimés en équivalent temps plein, étaient consacrés à l'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS en 2013, en forte croissance par rapport à 2011 (1 250 emplois), sous l'effet de l'augmentation de la demande pour partie suscitée par les mesures visant à élargir l'attribution de l'ACS et de la CMU-C et à rendre plus attractive l'ACS.

Ces emplois ont représenté une charge de gestion annuelle de l'ordre de 75 M€ soit, par simplification[83], 4,6 % du montant des prestations complémentaires de la CMU-C versées par la branche, ou 4,1 % de ce montant cumulé avec celui des ACS.

Ces données portent uniquement sur les activités de production. Les accueils et les plateformes téléphoniques et télématiques sont eux aussi fortement sollicités au titre de la CMU-C et l'ACS : près de 1 390 emplois, exprimés en équivalent temps plein, leur étaient consacrés en 2013, là aussi en forte croissance par rapport à 2011 (1 080 emplois).

La CNAMTS a tardivement engagé, en 2009, une refonte de l'application informatique, en principe provisoire, d'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS (base ressources) mise en place dans l'urgence en 2000. Toutefois, le projet correspondant (« INDIGO ») a pris

[83]. Les prestations complémentaires de la CMU-C versées par les organismes d'assurance désignés par les assurés sociaux pour gérer leurs droits ont pour origine l'instruction d'un droit à la CMU-C par les organismes d'assurance maladie.

un retard important par rapport à son calendrier initial. Ainsi, les spécifications de la nouvelle application étaient en cours d'écriture début 2015 ; le premier palier de diffusion est attendu pour le second semestre 2016.

Sous réserve de sa diffusion effective, la nouvelle application permettra des progrès importants dans le traitement des demandes de CMU-C et d'ACS : mise en place de liens avec les autres applications de gestion de prestations de la branche (indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes d'accidents du travail et maladies professionnelles) et le compte assuré, intégration à l'application du calcul des ressources, archivage et traçabilité des actions effectuées, possibilité nouvelle d'effectuer des requêtes, d'établir des statistiques et de disposer de données de pilotage de la production, intégration à l'outil des actions de supervision de l'ordonnateur et de contrôle de l'agent comptable au titre du contrôle interne.

Au-delà, d'autres évolutions apparaissent nécessaires et réalisables afin de sécuriser les décisions d'attribution ou de rejet des demandes de CMU-C et d'ACS et d'alléger les tâches de gestion des organismes d'assurance maladie.

1 - La mise en place d'une transmission des données de l'administration fiscale

La CNAMTS a suggéré à plusieurs reprises à ses autorités de tutelle de remplacer la référence des douze derniers mois précédant la demande par l'année civile au titre de l'appréciation des ressources des demandeurs de la CMU-C et de l'ACS. Dès lors, pour vérifier la composition et les ressources du foyer, les CPAM, à l'instar des CAF, seraient rendues destinataires du revenu fiscal de référence par la DGFiP. Afin de ne pas dégrader leur situation par rapport à la législation en vigueur, les assurés conserveraient toutefois la faculté de demander l'attribution ou le renouvellement de la CMU-C et de l'ACS au regard des ressources des douze derniers mois qui précèdent leur demande.

Sauf à étendre l'attribution de la CMU-C et de l'ACS, les CPAM ne seraient toutefois pas dispensées d'acquérir des informations au titre de ressources dont il est tenu compte pour apprécier l'existence d'un droit à la CMU-C ou à l'ACS, mais qui ne sont pas assujetties à l'impôt sur le revenu en droit (prestations familiales, revenus d'épargne défiscalisés) ou de fait (avantages en nature et sommes d'argent procurés par un tiers, ressources reçues ou perçues à l'étranger).

Indépendamment de toute modification de la période de référence des ressources, la mise en place d'une alimentation automatisée de l'application informatique utilisée pour instruire les demandes de CMU-C et d'ACS par les données fiscales permettrait aux CPAM d'apprécier dans de meilleures conditions, le cas échéant suivant des règles de gestion automatisées, la cohérence des déclarations des demandeurs sur leur résidence en France, sur la composition de leur foyer et sur le montant de leurs revenus. Sous réserve que l'échange informatique avec la DGFiP intervienne plusieurs fois dans l'année, la demande de production de l'avis d'imposition pourrait être réservée à ceux des demandeurs dont les données n'ont pu être obtenues auprès de l'administration fiscale.

En 2010, la CNAMTS a engagé en ce sens une expérimentation visant à recueillir les données de l'administration fiscale par la voie de fichiers chargés par cette dernière et à les comparer aux ressources déclarées par les demandeurs de la CMU-C, afin de déployer par la suite une alimentation automatisée permettant de limiter les tâches de gestion aux anomalies,

voire de substituer le revenu fiscal de référence aux ressources déclarées au titre des douze mois précédant la demande. Toutefois, cette démarche a prématurément pris fin en 2011, sans avoir débouché sur un projet opérationnel.

2 - L'exploitation des données de la déclaration sociale nominative

La déclaration sociale nominative (DSN), qui doit remplacer les bordereaux mensuels ou trimestriels de cotisations, le tableau récapitulatif annuel et la déclaration annuelle des données sociales (DADS) pour l'ensemble des entreprises à compter du 1er janvier 2016, permettra d'informer les organismes sociaux du montant total des salaires versés par chaque employeur à chaque salarié au cours du mois précédent, selon une périodicité mensuelle.

La CNAMTS est appelée à utiliser les données individuelles de la DSN pour la gestion des droits à l'assurance maladie obligatoire de base, en remplacement de celles procurées par les DADS. Il serait cohérent qu'elle les utilise également pour déterminer ou contrôler les prestations en espèces (indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes d'accidents du travail - maladies professionnelles) et pour instruire les demandes de CMU-C et d'ACS.

À cette fin, elle devrait constituer, dans la partie du dispositif de la DSN qui concatène les données individuelles des salariés aux fins d'une utilisation par les organismes sociaux (« bloc 3 »), une base de données compilant les salaires versés à chaque salarié par son ou par ses différents employeurs par période de douze mois glissants. Les personnes qui déclarent des ressources salariales pourraient ainsi être dispensées d'accompagner leurs demandes de CMU-C ou d'ACS des copies de bulletins de paie.

Au lieu de porter comme aujourd'hui sur la saisie de l'ensemble des ressources salariales des foyers de l'ensemble des demandeurs, les tâches de gestion des CPAM pourraient se réduire au traitement des divergences ayant une incidence sur l'attribution du droit entre les informations des demandeurs et celles émanant des employeurs.

3 - La mutualisation généralisée des informations entre les organismes sociaux

À la suite d'un amendement parlementaire en ce sens[84], la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu qu'à compter du 1er janvier 2016, les organismes sociaux auront accès dans le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) aux montants des prestations versées par la totalité d'entre eux. Motivée par un objectif de lutte contre la fraude, cette extension des possibilités de consultation du RNCPS permettra aux instructeurs des demandes de CMU-C et d'ACS de vérifier les montants des ressources déclarées au titre notamment des pensions de retraite et des prestations de Pôle Emploi.

Préalablement à l'entrée en vigueur de cette évolution, dont les modalités sont en cours de définition, les CPAM pourront consulter à compter du second semestre 2015, à l'instar des CAF, le montant des allocations versées par Pôle Emploi sur un portail mis à disposition par cet organisme (« AIDA »).

[84]. Amendement n° 177 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 déposé le 21 octobre 2014 par MM. Gérard Bapt, député de la Haute-Garonne, rapporteur général et Pierre Morange, député des Yvelines.

Au-delà, la mise en œuvre d'interrogations automatisées des portails « CAFPRO » et « AIDA » et du RNCPS aux fins de vérifier la complétude et l'exactitude des ressources déclarées par les demandeurs de la CMU-C et de l'ACS au titre des prestations sociales aurait un double avantage. Elle permettrait de dispenser les demandeurs de produire des justificatifs relatifs aux prestations (retraites, allocations de chômage). En outre, elle aurait pour effet de limiter les tâches de gestion des organismes d'assurance maladie à la résolution des divergences ayant une incidence sur l'attribution du droit entre les informations des demandeurs et celles des organismes sociaux.

C - La nécessité d'une politique beaucoup plus active de lutte contre les risques de sous-déclaration de ressources

Les éléments communiqués par la CNAMTS font apparaître une fréquence limitée et globalement stable des fraudes à l'attribution de la CMU-C détectées et sanctionnées comme telles : pour l'année 2013, 830 fraudes détectées pour un préjudice de 0,7 M€, après 841 fraudes et 0,6 M€ de préjudice en 2012 et 604 fraudes et 0,5 M€ de préjudice en 2011. Toutefois, les risques d'irrégularité relative aux ressources déclarées, d'origine intentionnelle ou non, sont beaucoup plus étendus. Au regard de l'acuité de ces risques comme des résultats de vérifications récentes, la politique mise en œuvre par la CNAMTS dans ce domaine jusqu'à une date très récente apparaît manifestement inadaptée.

1 - Des risques de sous-déclaration des ressources par nature élevés

Les risques de sous-déclaration des ressources excèdent très largement ceux qui peuvent être prévenus ou détectés par le rapprochement des ressources déclarées avec les données détenues par les CAF, celles portées sur les avis d'imposition et celles figurant sur les pièces justificatives que sont appelées à produire les personnes qui sollicitent l'attribution de la CMU-C ou de l'ACS.

La mise en place d'une alimentation automatisée des données fiscales et l'exploitation des possibilités nouvelles de fiabilisation des données déclarées par les demandeurs de la CMU-C et de l'ACS au titre des ressources d'origine salariale ou sociale préconisée *supra* permettraient d'éliminer les irrégularités que rend aujourd'hui possibles la déconnexion de la période de prise en compte des ressources par rapport à l'année civile et l'accès à une partie seulement des informations détenues par les organismes sociaux.

Au-delà, l'existence d'autres sources d'irrégularités est difficile à appréhender ou à démontrer. Par définition, les ressources procurées par le travail dissimulé ne sont pas déclarées à l'URSSAF ou à l'administration fiscale. De même, le bien-fondé de l'absence de déclaration comme les montants déclarés au titre des « ressources reçues ou perçues à l'étranger », des « avantages en nature, sommes d'argent versées par un tiers » et des « autres ressources » mentionnées par les formulaires de demande de la CMU-C et de l'ACS ne peuvent être vérifiés auprès d'autres administrations.

Par ailleurs, lorsqu'un demandeur déclare être hébergé à titre gratuit par une tierce personne, seules les ressources du demandeur, corrigées par l'application d'un montant

forfaitaire au titre de la mise à disposition d'un logement, sont à prendre en compte pour déterminer l'existence ou non d'un droit à la CMU-C ou à l'ACS. Il n'est pas tenu compte des ressources de la personne hébergeante, à la différence d'un foyer qui serait déclaré par deux personnes habitant sous le même toit[85].

L'évaluation forfaitaire des ressources du demandeur : un dispositif inopérant

Depuis 2008, les organismes d'assurance maladie ont la faculté de procéder à une évaluation forfaitaire des ressources du demandeur de la CMU-C lorsque le train de vie de ce dernier connaît une disproportion marquée par rapport aux ressources qu'il a déclarées[86].

Toutefois, ce dispositif est très largement inadapté à la lutte contre la fraude. Il met en œuvre une procédure lourde à caractère déclaratif qui consiste à demander au bénéficiaire de la CMU-C soit de déclarer à nouveau des éléments qu'il avait déjà déclarés dans le formulaire de demande de la CMU-C, soit de déclarer des informations qui n'y figuraient pas (automobile, appareils électro-ménagers, personnel de maison…). Les seuils à partir desquels les ressources sont susceptibles d'être remises en cause sont fixés à un niveau élevé (double des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS).

En dehors de fausses déclarations ou de fraudes pour lesquelles la démonstration du caractère intentionnel des omissions et erreurs est apportée, le constat de la disproportion marquée n'a d'effet que pour l'avenir ; il ne conduit pas à mettre des indus en recouvrement au titre des prestations complémentaires gratuites ou de l'ACS versée.

2 - La mise en évidence récente d'irrégularités portant sur des champs étendus

En 2012, la CNAMTS a, pour la première fois, mis en œuvre une évaluation nationale des anomalies à l'attribution de la CMU-C à partir d'un échantillon de 8 669 dossiers reçus par l'ensemble des CPAM pour une (ou deux) journée(s) fin 2011. Les résultats provisoires des vérifications effectuées par les caisses ont été remontés au niveau national en novembre 2012, puis les résultats définitifs en juillet 2013. Une fréquence moyenne d'anomalie de 2,5 % a alors été observée. Cependant, trois CPAM (Essonne, Hauts-de-Seine et Artois) ont détecté une fréquence supérieure à 10 % à partir de contrôles comportant une utilisation systématique du droit de communication des relevés de comptes bancaires auprès des établissements financiers[87]. La CNAMTS a confirmé l'intérêt de cette méthode en procédant au recontrôle d'environ 300 dossiers au total dans deux autres CPAM affichant peu d'anomalies.

[85]. À titre d'illustration de ces difficultés, l'examen de plusieurs dossiers pour lesquels la CMU-C a été attribuée fait apparaître des déclarations de ressources de 100 € mensuels correspondant à la valorisation de dons alimentaires de l'hébergeant. Ce montant était manifestement sous-évalué. Les agents qui instruisent les demandes ne disposaient pas d'éléments objectifs pour contredire les affirmations écrites ou orales des demandeurs. Selon le cas, le montant réel de l'avantage en nature procuré par l'hébergeant aurait conduit à écarter ou bien à confirmer le droit à la CMU-C.

[86]. Décret du 28 janvier 2008 pris en application de l'article L. 861-2-1 du code de la sécurité sociale.

[87]. L'utilisation du droit de communication bancaire a été confortée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, qui a prévu un délai de réponse opposable aux banques et la gratuité de la fourniture par ces dernières des informations demandées. Dans le cadre du protocole national de contrôle, l'utilisation du droit de communication était réservée aux cas où l'un des membres du foyer de plus de 16 ans détenait plus de trois comptes bancaires.

Au regard de ces indices d'irrégularités potentiellement plus étendues, la CNAMTS a décidé d'expérimenter l'exercice du droit de communication des relevés de comptes bancaires sur 10 % des demandes de renouvellement de la CMU-C reçues entre le 1er février 2014 et le 31 mai 2014 par quatre caisses de taille et de zone géographiques différentes (Alpes Maritimes, Gard, Rhône et Seine-Saint-Denis), ces demandes étant sélectionnées par la voie d'un tirage aléatoire, soit 2 390 demandes au total. Seules les demandes non liées à l'attribution du RSA socle, soit 997 au total, ont fait l'objet d'une vérification, au motif qu'il appartient aux CAF de s'assurer des ressources qui conditionnent le droit à cette prestation.

Les résultats définitifs de l'expérimentation, tels que communiqués par la CNAMTS, conduisent à constater une fréquence très élevée d'attribution irrégulière de la CMU-C. Ainsi, près d'un quart des dossiers étudiés (24,7 %) de titulaires de la CMU-C qui ne sont pas par ailleurs titulaires du RSA socle comportent des ressources supérieures au plafond de la CMU-C du fait d'une déclaration incomplète des ressources ou, plus rarement, de la composition (concubinage) du foyer. Plus du dixième (13,1 %) comportent des ressources qui excèdent le plafond de l'ACS. À titre principal, les ressources non déclarées porteraient sur des sommes versées par des membres de la famille ou par des proches.

Compte tenu de l'absence de représentativité statistique des quatre caisses retenues et de l'échantillon de dossiers contrôlés au niveau national, la CNAMTS estime qu'« aucune conclusion sur la situation nationale ne peut en être tirée »[88]. Si cette appréciation peut être considérée comme exacte d'un pur point de vue statistique, il est à souligner que les quatre caisses comportent des effectifs importants de bénéficiaires de la CMU-C et que les résultats des vérifications font apparaître des fréquences d'anomalies assez homogènes entre elles.

La CNAMTS n'a pas évalué l'incidence financière des irrégularités relevées.

3 - Les actions en cours de déploiement par la CNAMTS

En liaison avec ses autorités de tutelle, la CNAMTS a décidé en janvier 2015 le déploiement d'un plan national de sécurisation de l'attribution de la CMU-C, qui consistera en la vérification de 170 000 dossiers au total entre 2015 et 2016, dont 50 000 d'ici à la fin de l'année 2015, par usage systématique du droit de communication bancaire[89].

Afin d'assurer la mise en œuvre, qui engage des tâches lourdes[90], de ce plan, auquel est reconnue une priorité de premier rang, 310 CDD seront recrutés pour une durée de 6 mois. Ces agents temporaires ne participeront pas eux-mêmes aux vérifications, mais permettront de redéployer des agents permanents afin d'en assurer la réalisation.

Les sanctions ne feront pas application d'un critère d'intentionnalité des irrégularités relevées, compte tenu de la difficulté à la démontrer, mais seront modulées en fonction de

[88]. Réponse à la Cour (24 mars 2015).

[89]. Le volet du plan applicable pour l'année 2015 est formalisé par une lettre réseau de la CNAMTS du 16 avril 2015.

[90]. Selon les CPAM expérimentatrices, le temps d'étude de chaque dossier s'élève à 3h30 en moyenne (nécessité fréquente de relancer les banques, nombre élevé de comptes bancaires à étudier (5 en moyenne par dossier), nécessité de distinguer les entrées effectives de ressources des virements et retraits suivis de dépôts de compte à compte), Pour les dossiers comportant des anomalies, les phases de contradiction avec l'assuré et de suites contentieuses mobiliseraient 4h30 supplémentaires.

l'importance de l'écart entre les ressources effectives et celles déclarées. Elles iront du maintien du droit jusqu'à son terme accompagné d'un rappel à la réglementation à l'application de sanctions financières par le directeur de la CPAM accompagnée d'un signalement au Procureur de la République.

En outre, la CNAMTS annonce le déploiement d'ici à la fin du premier semestre 2015 d'un « volet informatif et dissuasif » comportant une révision du courrier national incitant au renouvellement de la CMU-C, la mise à disposition d'un dépliant d'information avec le formulaire de demande et la mise en œuvre par les caisses d'opérations de communication ciblées destinées à faire connaître les nouvelles mesures de contrôle mises en œuvre et leurs conséquences pour les intéressés.

II - Un risque de surconsommation de soins non-évalué

Les dispositifs dont le Fonds CMU-C assure le financement comportent une prise en charge gratuite, pour la CMU-C, ou à prix réduit, pour l'ACS, de la part complémentaire des dépenses de santé laissées à la charge de leurs bénéficiaires par l'assurance maladie obligatoire de base. Ils ne sont pas sans risque de favoriser un recours aux soins au-delà de ceux nécessaires au maintien ou à l'amélioration de l'état de santé de leurs bénéficiaires. Ces risques apparaissent insuffisamment maîtrisés.

Par ailleurs, l'évolution récente des modalités de financement par le Fonds CMU-C des prestations complémentaires liées à la CMU-C, qui sont détaillées ci-après, appelle une extension de ses pouvoirs de contrôle aux dépenses réelles des organismes gestionnaires des droits à la CMU-C (régimes d'assurance maladie et organismes d'assurance complémentaire)[91].

A - Des données relatives aux charges de prestations complémentaires liées à la CMU-C hétérogènes et non analysées

1 - L'évolution globale des charges de prestations complémentaires liées à la CMU-C

Le tableau ci-après retrace l'évolution des charges de prestations complémentaires exposées par la branche maladie au titre des soins apportés aux bénéficiaires de la CMU-C en métropole depuis 2008. Les données qui y figurent ne sont pas éclairées par des éléments d'analyse d'ordre quantitatif et qualitatif, ce qui ne permet pas de les interpréter.

Afin d'essayer d'approcher une partie au moins des déterminants quantitatifs de la dépense, sont indiqués à la fin du tableau l'effectif moyen de bénéficiaires de la CMU-C et le montant moyen des prestations complémentaires par bénéficiaire. Faute de données relatives au nombre de bénéficiaires de la CMU-C qui consomment effectivement des soins, au total et par poste de dépense, cette approche est toutefois à considérer avec une très grande précaution

[91]. Cf. annexe n° 11.

méthodologique. C'est sous cette réserve essentielle que les différents postes de dépense sont commentés ci-après.

Tableau n° 12 : évolution des charges de prestations complémentaires liées à la CMU-C exposées par la branche maladie du régime général de sécurité sociale (en droits constatés) – France métropolitaine (en M€)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ville						
Honoraires généralistes	**140**	**146**	**142**	**153**	**152**	**154**
Honoraires spécialistes	**73**	**71**	**71**	**75**	**77**	**82**
Honoraires dentaires	**70**	**70**	**74**	**76**	**78**	**83**
Honoraires paramédicaux	**59**	**59**	**61**	**65**	**70**	**78**
Médicaments	**282**	**274**	**276**	**285**	**278**	**278**
Dispositifs médicaux	28	29	32	39	43	47
Analyse et biologie	47	46	47	49	48	51
Frais de transport	17	18	20	22	23	24
Autres prestations en nature	2	2	2	2	2	2
Forfaits prothèses dentaires	133	138	146	152	156	164
Forfaits orthodontie	21	21	22	23	25	27
Forfaits optique médicale	20	19	19	20	20	22
Forfaits prothèses auditives	2	2	2	2	2	2
Sous-total Ville	**893**	**896**	**915**	**962**	**974**	**1 014**
Variation en %	-	*+0,4 %*	*+2,0 %*	*+5,2 %*	*+1,2 %*	*+4,1 %*
Établissements						
Prestations (prix de journée, consultations externes)	216	218	232	261	277	284
Forfait journalier hospitalier	114	106	115	113	111	109
Sous-total Établissements	**330**	**324**	**348**	**375**	**388**	**392**
Variation en %	-	*-1,6 %*	*+7,2 %*	*+7,7 %*	*+3,6 %*	*+1,1 %*
Total	**1 223**	**1 221**	**1 262**	**1 337**	**1 362**	**1 407**
Variation en %	-	*-0,2 %*	*+3,4 %*	*+5,9 %*	*+1,9 %*	*+3,3 %*
Effectif moyen de bénéficiaires (en millions)	2,95	2,87	2,88	2,95	3,01	3,18
Variation en %	-	*-2,8 %*	*+0,5 %*	*+2,2 %*	*+2,0 %*	*+5,8 %*
Montant moyen par bénéficiaire (en euros)	414	425	438	453	453	442
Variation en %	-	*+2,7 %*	*+2,9 %*	*+3,6 %*	*-0,2 %*	*-2,4 %*

Source : CNAMTS, composition Cour des comptes.

L'augmentation des charges entre 2008 et 2013 (+184 M€ pour la seule France métropolitaine, soit +15 %) recouvre des évolutions contrastées entre les soins de ville et les soins hospitaliers et, au sein de ces deux rubriques, par nature de dépense :

- compte tenu de celle des bénéficiaires de la CMU-C au cours de la même période (+7,8 %), l'augmentation des dépenses de soins de ville apparaît peu dynamique entre 2008 et 2013 (+121 M€ pour la seule France métropolitaine, soit +13,5 % en cumul). Plusieurs postes stagnent ou baissent en valeur absolue (médicaments, forfaits optique, prothèses auditives, analyses et biologie). L'augmentation des dépenses est tirée par les honoraires médicaux (des généralistes entre 2008 et 2011, sous l'effet notamment de la revalorisation de 22 à 23 € du prix de la consultation pour le secteur I, puis des spécialistes entre 2011 et 2013) et, plus encore, par la dentisterie (honoraires dentaires et forfaits prothèses dentaires), par les dispositifs médicaux (autres que l'optique, la dentisterie et l'audition) et par les honoraires paramédicaux ;
- les prestations en établissements (réalisées à 94 % à l'hôpital en 2013) ont augmenté en valeur absolue (+62 M€, soit +18,8 %) dans une mesure qui excède nettement la hausse de la population de bénéficiaires de la CMU-C. À titre exclusif, cette évolution est attribuable aux séjours et consultations externes (+68 M€, soit +31,5 %). Les dépenses relatives au forfait journalier ont en revanche baissé en valeur absolue.

2 - L'évolution du montant moyen des prestations complémentaires liées à la CMU-C

À partir des données que lui communiquent les régimes d'assurance maladie et les organismes complémentaires gestionnaires de droits à la CMU-C, le Fonds CMU-C détermine le montant moyen de la dépense par bénéficiaire de la CMU-C, après neutralisation de la variation des effectifs de bénéficiaires. Le tableau ci-après en retrace l'évolution pour la France métropolitaine au cours de la période récente.

Tableau n° 13 : évolution du montant moyen de la dépense de prestation complémentaire par bénéficiaire de la CMU-C (en droits constatés) - France métropolitaine (en €)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (1)
Branche maladie (y compris mutuelles délégataires)	414	425	438	453	453	442	431
Var.	-	+2,7 %	+2,9 %	+3,6 %	-0,2 %	-2,4 %	-2,5 %
RSI	339	334	313	330	332	328	323
Var.	-	-1,5 %	-6,4 %	+5,4 %	+0,6 %	-1,2 %	-1,5 %
MSA	365	370	366	372	378	384	365
Var.	-	+1,4 %	-1,2	+1,7 %	+1,6 %	+1,6 %	-1,8 %
Organismes complémentaires	362	367	369	381	379	384 (1)	Nd
Var.	-	+1,2 %	+0,7 %	+3,2 %	-0,6 %	+1,3 %	Nd

Source : Fonds CMU-C.
(1) Estimation.

Deux évolutions principales se dégagent :

- après avoir augmenté de manière conséquente, le montant moyen de la dépense de prestation complémentaire par bénéficiaire de la CMU-C géré par la branche maladie du régime général a stagné au titre de 2012, puis a baissé en valeur absolue au titre de 2013 et de 2014 ;
- pour la branche maladie comme pour les organismes complémentaires, l'augmentation du montant moyen de la dépense de prestation complémentaire au titre de la CMU-C entre 2009 et 2011 est inférieure à celle des dépenses de prestations liées à l'activité d'assurance complémentaire santé (qui avoisine 3,5 % par an). À partir de 2012, l'évolution du montant moyen de la dépense au titre de la CMU-C s'écarte de celle de ces mêmes dépenses (dont la progression s'établit désormais aux alentours de 2,5 % par an).

Les causes de ces évolutions ne sont pas éclairées. Au cours de la période récente, elles pourraient traduire, au moins pour partie, l'arrivée à terme d'un effet de rattrapage de la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C par rapport aux autres assurés du régime général à état de santé comparable (cette donnée n'étant cependant pas suivie, voir *infra*) ou l'incidence de l'élargissement de la population des bénéficiaires de la CMU-C à des personnes dont l'état de santé est, en moyenne, meilleur que celui de titulaires de plus longue date de la CMU-C.

En outre, l'évolution du montant moyen de la dépense de prestation complémentaire au titre de la CMU-C peut uniquement être observée à un niveau global et non à celui des différents postes de dépense. En effet, le Fonds CMU-C n'est pas rendu destinataire par la CNAMTS des informations nécessaires à la décomposition analytique des dépenses entre évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C qui consomment des soins, celle du

nombre d'actes ou de biens consommés et celle du montant moyen de la dépense par acte ou bien consommé, ce qui constitue une anomalie.

En l'absence d'informations sur le nombre de bénéficiaires de la CMU-C qui consomment effectivement des soins, la dépense moyenne par poste mentionnée dans les rapports annuels sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire établis par le Fonds CMU-C ne correspond pas à un montant moyen de dépense par bénéficiaire consommant, mais à une fraction de la dépense moyenne par bénéficiaire (correspondant au rapport entre la dépense du poste et la dépense totale), ce qui ne constitue pas une information pertinente.

B - Des comparaisons des dépenses de santé remboursables avec les autres assurés affectées de nombreuses lacunes

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006[92], la Cour avait évoqué une étude de la CNAMTS qui attribuait l'écart de consommation des soins des titulaires de la CMU-C par rapport aux autres assurés sociaux à un recours plus important à l'hôpital sous l'effet d'un état de santé plus dégradé. Dans celui de septembre 2011[93], elle relevait des différences d'analyse entre la CNAMTS et la DREES quant aux facteurs explicatifs du niveau comparé du recours aux soins des titulaires de la CMU-C, y compris en ville.

Cependant, c'est seulement trois années plus tard que sa recommandation d'une analyse statistique de la consommation de soins des titulaires de la CMU-C et de l'ACS a commencé à recevoir une suite encore partielle. De fait, le niveau, l'évolution et les déterminants des dépenses de santé des titulaires des dispositifs financés par le Fonds CMU-C ne sont pas suivis et analysés avec l'investissement et la continuité nécessaires au regard de l'importance des financements publics qui leur sont consacrés.

1 - Les données comparatives avec les autres assurés du régime général : un champ limité aux soins de ville, un surcroît de dépense difficile à interpréter

Depuis 2006, la CNAMTS communique au Fonds CMU-C un indicateur, global et détaillé par postes de dépenses, qui rapporte les dépenses moyennes en ville des bénéficiaires de la CMU-C (pour les neuf premiers mois de l'année, hors affectations de longue durée – ALD) et celles des autres assurés du régime général de sécurité sociale. Le tableau ci-après en retrace les valeurs pour l'ensemble des années connues depuis 2008.

[92]. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2006*, chapitre VII : la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire, La Documentation française, septembre 2006, p. 203-231, disponible sur www.ccomptes.fr

[93]. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XI : les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire, La Documentation française, septembre 2011, p. 321-343, disponible sur www.ccomptes.fr

Toutefois, la CNAMTS n'applique pas à cet indicateur de correctifs destinés à neutraliser l'incidence des différences d'âge, de sexe et d'état de santé des titulaires de la CMU-C par rapport aux autres assurés du régime général. De ce fait, l'indicateur ne fournit pas une mesure pertinente du niveau et de l'évolution des écarts de consommation de soins entre les titulaires de la CMU-C et les autres assurés.

Tableau n° 14 : dépense remboursable au titre des titulaires de la CMU-C / dépense remboursable au titre des autres assurés du régime général - France métropolitaine et DOM, hors mutuelles délégataires - Soins de ville, 9 premiers mois de l'année de soins, hors titulaires d'ALD

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Consultation généralistes	1,58	1,57	1,60	1,55	1,58	1,55
Consultation spécialistes	0,85	0,86	0,86	0,94	0,87	0,90
Visites (yc. frais de déplacement)	2,30	2,33	2,41	2,58	2,61	2,67
Actes techniques (yc. radiologie)	1,02	1,00	1,05	1,05	1,04	1,04
Forfaits techniques (IRM, scanner…)	1,04	1,01	0,97	0,98	1,06	0,99
Honoraires dentaires	1,26	1,33	1,37	1,43	1,40	1,46
Actes des infirmiers (yc. frais de déplacement)	1,60	1,78	1,67	1,84	1,67	1,56
Actes des kinésithérapeutes (yc. frais de déplacement)	0,91	0,87	0,92	0,93	0,89	0,89
Actes des orthophonistes (yc. frais de déplacement)	1,15	1,22	1,22	1,19	1,17	1,13
Actes des autres auxiliaires médicaux (yc. frais de déplacement)	0,71	0,75	0,75	0,73	0,78	0,82
Biologie	1,20	1,18	1,22	1,22	1,22	1,20
Pharmacie	1,40	1,41	1,42	1,45	1,45	1,45
LPP	1,18	1,22	1,25	1,28	1,27	1,25
Transport	2,42	2,73	2,36	2,24	2,85	2,62
Total soins de ville	**1,27**	**1,28**	**1,30**	**1,31**	**1,31**	**1,30**

Source : CNAMTS.Sous la réserve majeure liée à l'absence de neutralisation des différences d'âge, de sexe et d'état de santé des titulaires de la CMU-C par rapport aux autres assurés du régime général, la dépense en ville des bénéficiaires de la CMU-C est pour 2013 supérieure de 30 % à celle des autres assurés. L'écart correspondant a légèrement augmenté par rapport à la décennie précédente (il s'élevait à 27 % entre 2006 et 2008).

À l'exception notamment de la consultation de médecins spécialistes et des actes effectués par les masseurs-kinésithérapeutes, pour lesquels la dépense moyenne est inférieure

à celle des autres assurés (de plus de 10 %), la plupart des postes de dépenses comportent une dépense moyenne sensiblement plus élevée, notamment la dentisterie (46 %), la pharmacie (45 %), la consultation de médecins généralistes (55 %), les actes infirmiers (56 %), les consultations à domicile (167 %) et les transports sanitaires (162 %).

La CNAMTS ne fournit pas d'explication sur le niveau et l'évolution dans le temps de l'écart de dépense entre les titulaires de la CMU-C et les autres assurés du régime général.

L'augmentation de l'écart de dépense est concentrée sur quatre postes : la dentisterie, les actes infirmiers, les consultations de médecins à domicile et le transport sanitaire[94] (en 2006, les écarts correspondants s'élevaient respectivement à 25 %, 53 %, 101 % et 131 %). Elle n'a pas conduit la caisse nationale à mettre en œuvre des actions de gestion du risque.

2 - Une première comparaison de l'état de santé, du recours aux soins et des dépenses par rapport aux autres assurés du régime général

En 2014, la CNAMTS a, pour la première fois, effectué une comparaison de l'état de santé, du recours aux soins et des dépenses annuelles des titulaires de la CMU-C, de ceux de l'ACS et des autres assurés du régime général (au titre des prestations exécutées en 2012 et liquidées jusqu'à fin juin 2013, sur un champ couvrant la France entière, tous les risques et toutes les natures de prestations en nature et en espèces, à l'exception de celles remboursées par les mutuelles par délégation du régime général), à partir des données de liquidation issues du SNIIR-AM.

Cette étude confirme que l'état de santé des titulaires de la CMU-C et, de manière plus marquée encore, de ceux de l'ACS est plus dégradé que celui des autres assurés du régime général. Ainsi, pour les personnes âgées de moins de 60 ans, le taux de patients en ALD s'élève à 11 % pour les titulaires de la CMU-C et à 24 % pour ceux de l'ACS, contre 8 % pour les autres assurés du régime général. Comme le montre le tableau ci-après, plusieurs pathologies lourdes sont particulièrement représentées parmi les titulaires de la CMU-C et, plus encore, parmi ceux de l'ACS.

[94]. La volatilité de certains écarts peut conduire à s'interroger sur la fiabilité des données (réduction de 23 points de l'écart relatif au transport sanitaire entre 2012 et 2013).

Tableau n° 15 : comparaison de l'état de santé des titulaires de la CMU-C, de ceux de l'ACS et des autres assurés du régime général (personnes de moins de 60 ans, hors mutuelles délégataires de gestion, fréquence exprimée en ‰)

	Assurés du régime général, non titulaires de la CMU-C ou de l'ACS	Titulaires de la CMU-C	Titulaires de l'ACS
Mucoviscidose	0,2	0,1	0,2
Insuffisance rénale chronique terminale	0,7	0,9	2,5
Maladies inflammatoires chroniques (hors foie ou pancréas)	0,8	0,9	1,5
Spondylarthrite ankylosante	1,7	1,3	2,4
Polyarthrite rhumatoïde	2,2	1,8	3,4
VIH / Sida	2,2	4,9	8,1
Maladies du foie ou du pancréas	5,1	15,2	19,5
Maladies neurologiques ou dégénératives	8,0	11,3	30,3
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	14,4	20,8	40,8
Cancers	15,3	14,0	20,4
Maladies cardio-neuro-vasculaires	16,6	24,1	35,6
Diabète	19,2	42,4	44,8
Maladies psychiatriques	21,8	52,9	139,6
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	35,4	57,3	60,7
Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	25,6	21,1	25,9
Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	47,1	48,9	49,2
Traitements psychotropes (hors pathologies psychiatriques)	53,3	80,6	76,9
Maternité	89,6	122,6	109,7

Source : CNAMTS.

Cette même étude a comparé la fréquence du recours au système de santé et le montant de la dépense de soins remboursée au titre de l'assurance maladie obligatoire de base et de la part complémentaire (CMU-C ou garanties contractuelles d'assurance) entre les titulaires de la CMU-C, ceux de l'ACS et les autres assurés du régime général de sécurité sociale.

Toutefois, il n'a pas été appliqué de correctifs destinés à neutraliser l'incidence des différences d'état de santé des titulaires de la CMU-C et de ceux de l'ACS par rapport aux autres assurés du régime général. C'est sous cette réserve majeure que doivent être appréciés les éléments d'analyse présentés ci-après.

En dehors des médecins spécialistes, des dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes, les titulaires de la CMU-C et, plus encore, ceux de l'ACS, recourent plus fréquemment aux

professionnels de santé en ville, notamment aux médecins généralistes, aux pharmaciens et aux transporteurs sanitaires, ainsi qu'à l'hôpital que les autres assurés du régime général.

Quelle que soit la fréquence de leur recours au système de santé, le montant moyen de la dépense remboursée au titre de l'assurance maladie obligatoire de base et de la part complémentaire (CMU-C ou garanties contractuelles d'assurance) est, sauf exception, plus élevé que celui des autres assurés du régime général (à hauteur de 35,4 % en ville[95] et de 110,3 % en établissement pour les titulaires de la CMU-C et de 66,9 % en ville et de 215,4 % en établissement pour ceux de l'ACS).

Le tableau ci-après retrace ces disparités de fréquence du recours au système de santé et de montant de la dépense de santé remboursée.

[95]. Soit un taux voisin de celui (30 % pour l'année 2013) suivi par la CNAMTS sur un champ différent (tous âges, hors ALD et y compris remboursements effectués par les mutuelles, voir *supra*).

Tableau n° 16 : fréquence du recours et montant moyen des dépenses remboursées aux titulaires de la CMU-C, de ceux de l'ACS et des autres assurés du régime général (personnes de moins de 60 ans, hors mutuelles délégataires de gestion)

	Assurés du régime général, non titulaires de la CMU-C ou de l'ACS		Titulaires de la CMU-C		Titulaires de l'ACS	
	Fréquence du recours (en %)	Dépense moyenne remboursée (en €)	Fréquence du recours (en %)	Dépense moyenne remboursée (en €)	Fréquence du recours (en %)	Dépense moyenne remboursée (en €)
Honoraires généralistes	82	73	90	114	84	109
Honoraires spécialistes	63	122	54	137	54	143
Pharmacie	88	227	93	308	91	553
Honoraires dentaires	39	109	35	163	33	110
Honoraires masseurs kinésithérapeutes	12	217	9	236	11	374
Honoraires infirmiers	15	91	15	161	19	365
Biologie	39	67	37	81	40	83
LPP	42	99	42	119	41	242
Transport	4	704	7	622	11	923
Total Ville	99	554	99	750	98	1 165
Hospitalisations séjours MCOO	33	171	42	1 488	43	1 695
Dont actes et consultations externes	25	156	34	172	36	207
Hospitalisations séjours Psy	< 1	22 234	1	29 087	3	36 958
Hospitalisations séjours SSR	1	7 155	1	11 378	1	9 952
Total Établissements	33	1 600	42	2 671	45	5 047
IJ maladie et AT-MP (*)	14	1 171	4	1 062	8	1 421
IJ maternité (*)	2	2 340	1	1 122	1	1 279
Pensions d'invalidité (*)	1	4 754	1	4 161	5	4 485

(*) Prestations en espèces versées sous conditions liées à une activité salariée.
Source : CNAMTS.

Pour les personnes âgées de 20 à 24 ans, la fréquence d'au moins une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) au cours de l'année pour les bénéficiaires de la CMU-C dépasse de plus de 10 points celle des assurés du régime général qui ne bénéficient ni de cette aide, ni de l'ACS ; tout en se réduisant, l'écart correspondant

demeure supérieur à plus de 5 points pour toutes les autres tranches d'âge jusqu'à 49 ans. Pour les bénéficiaires de l'ACS, cette même fréquence dépasse de plus de 5 points, pour toutes les tranches d'âge comprises entre 20 et 59 ans, celle des assurés du régime général qui ne bénéficient ni de cette aide, ni de la CMU-C. Entre 40 et 59 ans, l'écart correspondant dépasse celui propre à la CMU-C et s'élargit continûment jusqu'à atteindre près de 10 %.

Si cette étude tardive fournit de premiers éléments d'analyse sur les déterminants sanitaires du recours aux soins et des dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS par comparaison avec les autres assurés du régime général, ces données ne permettent pas d'apprécier le recours aux soins et les dépenses de santé à état de santé comparable.

En outre, cette analyse présente un caractère ponctuel. Elle ne permet pas d'appréhender l'évolution dans le temps des interactions entre les pathologies, le recours aux soins et les dépenses remboursables par l'assurance maladie obligatoire de base et les différentes formes de protection complémentaire ni, a fortiori, d'identifier des surconsommations de soins qui justifieraient la mise en œuvre d'actions de gestion du risque.

En octobre 2014, la CNAMTS a toutefois sollicité auprès de la CNIL l'autorisation de réaliser une cohorte populationnelle de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS à partir des données du SNIIR-AM couplées aux données du PMSI afin d'étudier l'incidence à long terme de ces dispositifs sur le recours aux soins, l'état de santé, la prise en charge médicale, les dépenses de santé et les restes à charge des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. En matière d'analyse des dépenses, les objectifs de ce dispositif à caractère pérenne devraient comprendre un volet relatif à la maîtrise des charges de prestations en fonction de leur portée sur l'état de santé des titulaires de la CMU-C et de l'ACS.

III - Des perspectives financières qui se dégradent

Depuis sa création au 1er janvier 2000, le Fonds CMU-C a dégagé des résultats excédentaires, à l'exception de trois exercices (2001, 2003 et 2006)[96], grâce notamment au dynamisme de la ressource qui lui est affecté : la contribution des organismes complémentaires, transformée en 2011 en une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA), versée par ces mêmes organismes mais, à la différence de la contribution, à la charge des assurés.

Cependant, les perspectives financières du Fonds CMU-C et des charges liées à la CMU-C pour son principal gestionnaire, la branche maladie du régime général, apparaissent appelées à se dégrader.

[96]. Imputable à un manque de recul sur les charges liées à la CMU-C, le déficit de l'exercice 2001 (-161 M€) a été résorbé dès 2002, sous l'effet d'une diminution des charges (liée à celle des effectifs de bénéficiaires) et d'une augmentation de la dotation de l'État. Celui de 2003 (-117 M€) est imputable à une baisse de la dotation de l'État. Celui de 2006 (-31 M€) reflète une maîtrise imparfaite des évolutions apportées aux ressources affectées au fonds (réduction de la dotation de l'État, affectation d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs et augmentation du taux de la contribution des organismes complémentaires). Ces déficits ont été résorbés dès l'année suivante sans action particulière sur les ressources et les charges.

Au-delà, l'augmentation massive des charges du Fonds CMU-C et des organismes gestionnaires de la CMU-C qui résulterait d'une augmentation majeure du recours à la CMU-C et à l'ACS telle que poursuivie par les pouvoirs publics ne paraît pas pouvoir être absorbée par un relèvement du taux de la TSA. Elle rendrait nécessaire une redéfinition du périmètre et du niveau des aides financées par le Fonds CMU-C.

A - Des ressources tributaires de l'évolution du produit de la taxe de solidarité additionnelle

Comme le montre le tableau ci-après, le Fonds CMU-C est financé depuis 2009 de manière prépondérante par une imposition de toute nature déclarée et versée au réseau des URSSAF par les organismes qui proposent des garanties d'assurance complémentaire santé collectives et individuelles (mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance) : la contribution des organismes complémentaires, transformée en 2011 en la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA).

Les modalités de collecte de la taxe, qui sont détaillées ci-après, font apparaître des aspects positifs, mais aussi la nécessité pour le réseau des URSSAF de prendre en charge celles des fonctions du recouvrement qui sont aujourd'hui assumées par défaut par le Fonds CMU-C[97].

[97.] Cf. annexe n° 12.

Tableau n° 17 : ressources du Fonds CMU-C (en M€)[98]

	Dotation du budget de l'État	Taxe alcool	Droit de consommation sur le tabac	Contribution ACS[99]	Contribution, puis Taxe de solidarité additionnelle	Total
2000	800	-	-	-	247	1 047
2001	889	-	-	-	223	1 112
2002	1 150	-	-	-	223	1 373
2003	970	-	-	-	245	1 215
2004	1 037	-	-	-	291	1 328
2005	695	386	-	13	302	1 396
2006	346	404	217	40	492	1 499
2007	109	480	411	65	494	1 560
2008	47	349	372	87	569	1 424
2009	-	-	-	-	1 791	1 791
2010	-	-	-	-	1 856	1 856
2011	-	-	-	-	1 930	1 930
2012	-	-	42	-	2 031	2 073
2013	-	-	352	-	2 066	2 418
2014	-	-	354	-	2 130	2 484

Source : états financiers du Fonds CMU-C.

1 - La suppression de la dotation du budget de l'État

La couverture maladie universelle se substituant à l'aide médicale départementale, la dotation générale de décentralisation a été réduite à hauteur des sommes que prenaient en charge les conseils généraux au titre de la CMU et de la CMU-C, soit 1,4 Md€. Entre 2000 et 2004, l'État a contribué au financement de la CMU-C à hauteur d'un montant proche de la prévision initiale (960 M€, contre 1,1 Md€). La dotation du budget de l'État a atteint son niveau maximal en 2002 (1,15 Md€).

Entre 2005 et 2008, le montant de la contribution de l'État au Fonds CMU-C a continûment décliné. Puis, les lois de finances pour 2009 à 2012 n'ont plus prévu de dotation de l'État. En dernier lieu, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a supprimé la mention d'une contribution du budget de l'État au titre des ressources du Fonds CMU-C.

98. Compte tenu de l'inadaptation des méthodes de comptabilisation des charges appliquées avant 2009, les données relatives à 2009 et aux années suivantes ne sont pas comparables à celles des années 2008 et antérieures.
99. Contribution des régimes d'assurance maladie au financement du coût de l'ACS, supprimée en 2008.

Les conséquences non-tirées de la disparition de la qualité d'opérateur de l'État

La suppression de la dotation de l'État a fait perdre au Fonds CMU-C la qualité d'opérateur de l'État au titre du programme budgétaire 183 « protection maladie » de la mission « Santé ». Pour autant, il n'a pas été pleinement intégré à la sphère de la sécurité sociale.

Les objectifs opérationnels du Fonds CMU-C ne sont pas fixés sur le moyen terme par une convention d'objectifs et de gestion, même sous une forme simplifiée. Malgré l'origine de ses encaissements (URSSAF) et le destinataire principal de ses versements (CNAMTS), la trésorerie du Fonds CMU-C n'est pas gérée par l'ACOSS, mais par la DGFiP. En effet, le Fonds CMU-C a conservé la qualité de correspondant du Trésor. Les salariés du Fonds CMU-C qui ne sont pas détachés par l'État (la majorité d'entre eux) relèvent de la convention collective du régime général de sécurité sociale, mais la mobilité des agents entre le Fonds CMU-C et les organismes du régime général est freinée par l'absence de classement du fonds dans la hiérarchie des organismes de sécurité sociale.

2 - L'affectation ponctuelle de taxes « comportementales »

En 2005, la taxe sur les boissons alcoolisées a été réaffectée, pour l'intégralité de son montant, de la branche maladie du régime général au Fonds CMU-C afin de compenser la réduction de la contribution du budget de l'État. Cette nouvelle affectation a été supprimée en 2009. Depuis lors, la taxe sur les boissons alcoolisées est à nouveau affectée pour l'intégralité de son montant à la branche maladie du régime général.

Afin de compenser la réduction de la contribution du budget de l'État, le Fonds CMU-C a été rendu affectataire en 2006 d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs (1,88 % du produit), également par réaffectation au détriment de la branche maladie du régime général. En 2009, cette fraction a été réaffectée à cette dernière.

En 2013, une fraction du droit de consommation sur les tabacs (quote-part de 3,15 %) a été à nouveau affectée au Fonds CMU-C afin de financer la réforme des modalités de prise en charge des dépenses relatives à la CMU-C auprès des organismes gestionnaires, qui bénéficie notamment à la branche maladie du régime général (prise en charge du montant réel des dépenses dans la limite d'un forfait de 400 € par bénéficiaire, au lieu du versement d'un forfait de 370 € par bénéficiaire).

Cette affectation n'a pas été remise en cause depuis lors, mais les incessants changements de la répartition du droit de consommation sur les tabacs la rendent fragile. À nature inchangée de ressources pour le Fonds CMU-C, sa suppression éventuelle impliquerait d'augmenter d'un point entier le taux de la TSA, fixé à 6,27 % depuis 2011.

3 - L'augmentation du taux et le remplacement de la contribution des organismes complémentaires par la taxe de solidarité additionnelle

La contribution des organismes complémentaires puis, à sa suite, la TSA, est assise sur le montant des primes ou cotisations destinées au financement de l'ensemble des remboursements de dépenses de santé qui ne sont pas pris en charge par un régime obligatoire de base d'assurance maladie. Les primes ou cotisations soumises à la taxe se rapportent à tous

les contrats, quels que soient leur nature (contrat individuel ou collectif, obligatoire ou facultatif, responsable ou non) et mode de financement (employeur ou assuré).

À sa création par la loi du 27 juillet 1999, le taux de la contribution des organismes complémentaires était fixé à 1,75 %. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 l'a augmenté à 2,5 % afin de compenser l'incidence de la réduction de la dotation du budget de l'État et de l'augmentation du forfait remboursé aux organismes gestionnaires la CMU-C. Puis celle pour 2009 l'a porté à 5,9 % afin de compenser la suppression de l'affectation de la taxe sur les boissons alcoolisées et de la quote-part du droit de consommation sur les tabacs ainsi que du montant résiduel de la contribution de l'État, et de financer une nouvelle augmentation du forfait précité.

À la suite d'un amendement parlementaire, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a transformé la contribution en une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA) et en a fixé le taux à 6,27 % afin de compenser l'incidence de cette transformation sur les ressources du Fonds (déductibilité de la taxe de l'assiette de cette dernière, alors que la contribution n'était pas déductible de sa propre assiette).

Trois objectifs ont été avancés à l'appui de cette évolution : améliorer la transparence et la lisibilité des contrats d'assurance maladie complémentaire, qui intégraient de manière implicite dans leurs tarifs le montant de la contribution, améliorer la transparence des coûts de gestion des complémentaires santé vis-à-vis de leurs clients et exclure les sommes destinées au financement des dispositifs mis en œuvre par le Fonds CMU-C du chiffre d'affaires de ces derniers, qui sert de base à l'application du ratio d'exigences de fonds propres prévus par les directives européennes dites « solvabilité II ».

Si une partie d'entre eux a alors fait progresser ses tarifs dans une moindre proportion que la hausse du taux de la taxe, une éventuelle augmentation du taux de la taxe de solidarité additionnelle ne serait pas sans risque de répercussion par les organismes complémentaires pour préserver leurs conditions d'activité.

B - Une prévision de déficits à partir de 2017 pour le Fonds CMU-C et pour l'assurance maladie

1 - Le passage à une situation déficitaire du Fonds CMU-C et de la gestion de la CMU-C par l'assurance maladie

Selon les prévisions les plus récentes du Fonds CMU-C (janvier 2015), son équilibre financier serait assuré jusqu'en 2016 y compris, à taux inchangé de taxe de solidarité additionnelle. À partir de 2017 en revanche, le Fonds dégagerait un déficit croissant (équivalent à 2,4 % de ce même produit en 2018).

Tableau n° 18 : résultats prévisionnels du Fonds CMU-C (en M€)

	2013	2014 (prévision)	2014 (réel)	2015	2016	2017	2018
Taxe de solidarité additionnelle (TSA)	2 082	2 144	2 139	2 198	2 253	2 309	2 366
Droit de consommation sur le tabac	352	351	354	351	356	362	369
Total Produits	2 434	2 495	2 493	2 549	2 609	2 671	2 735
CMU-C régimes d'assurance maladie	1 581	1 740	1 742	1 833	1 922	2 008	2 086
CMU-C organismes complémentaires	264	285	277	297	313	327	340
ACS organismes complémentaires	234	267	274	299	318	332	346
Provisions pour risques et charges	17	20	19	20	20	20	20
Charges de gestion administrative	1	1	1	1	1	1	1
Total Charges	2 097	2 313	2 313	2 450	2 574	2 688	2 793
Résultat avant versement à la CNAMTS	**337**	**182**	**180**	**99**	**35**	**-17**	**-58**
Versement à la CNAMTS	337	133	154	165	188	18	-
Résultat après versement à la CNAMTS	**0**	**49**	**25**	**-66**	**-153**	**-35**	**-58**
Résultats cumulés (capitaux propres)	**204**	**253**	**229**	**187**	**35**	**-**	**-58**

Source : note du directeur du Fonds CMU-C au directeur de la sécurité sociale (15 janvier 2015).

Jusqu'en 2016 y compris, l'insuffisance de remboursement de la CMU-C à la branche maladie du régime général de sécurité sociale au regard des charges réelles de prestations complémentaires qu'elle supporte serait compensée par l'affectation du résultat excédentaire du Fonds CMU-C et, de manière croissante, par un prélèvement sur ses résultats cumulés (capitaux propres)[100]. À partir de 2017, cette compensation prendrait fin, sous l'effet des résultats déficitaires et de l'épuisement des résultats cumulés du Fonds CMU-C. Le tableau ci-après décrit ces évolutions.

[100]. Les modalités de remboursement aux organismes gestionnaires - CNAMTS et organismes complémentaires - des dépenses liées à la CMU-C et leur caractère incomplet, faisant apparaître la permanence d'un reste à charge pour la branche maladie du régime général et pour une partie des organismes complémentaires, sont analysées en annexe n° 11.

Tableau n° 19 : incidence prévisionnelle de la CMU-C sur les résultats de la branche maladie du régime général de sécurité sociale (en M€)

	2013	2014 (prévision)	2014 (réel)	2015	2016	2017	2018
Solde de la gestion de la CMU-C	-142	-133	-86	-165	-188	-201	-213
Affectation du résultat du Fonds CMU-C de l'exercice N	+337	+133	+154	+99	+35	-	-
Prélèvement sur les résultats cumulés du Fonds CMU-C (capitaux propres)	-	-	-	+66	+153	+18	-
Incidence totale	195	0	+68	0	0	-183	-213

Source : note du directeur du Fonds CMU-C au directeur de la sécurité sociale (15 janvier 2015).

Les dispositifs financés par le Fonds CMU-C apporteraient une contribution négative au déficit des administrations publiques, à hauteur de -0,22 Md€ au titre de 2017 et de -0,27 Md€ au titre de 2018. Au regard du produit prévisionnel de la TSA pour 2018, sa résorption nécessiterait, toutes choses égales par ailleurs, une augmentation de 0,7 point de son taux.

Comme le montrent ces tableaux, où le résultat 2014 a été intégré dans une préoccupation de comparabilité avec la prévision, l'apparition d'un déficit pourrait toutefois être différée d'une année, compte tenu de la réduction de l'insuffisance de remboursement à la branche maladie par rapport aux dépenses réelles de prestations permise par la baisse de la dépense moyenne par bénéficiaire de la CMU-C (voir *supra*).

2 - Une prévision restant à confirmer

La perspective d'un déficit du Fonds CMU-C repose sur trois hypothèses principales :

- la stabilité du taux de la TSA et une augmentation modérée de son assiette (+ 2,5 % par an en moyenne entre 2015 et 2018), qui correspond à celle observée entre 2011 et 2014 ;
- une forte augmentation de 18,6 %, soit 0,91 million en cumul, du nombre de bénéficiaires de la CMU-C entre fin 2013 (4,89 millions) et fin 2018 (5,80 millions) ;
- une augmentation encore plus forte (+31,4 %, soit 0,28 million en cumul) du nombre d'utilisateurs de l'ACS entre fin novembre 2013 (0,89 million) et fin novembre 2018 (1,17 million à fin 2018). Pour l'essentiel, l'augmentation du montant des charges liées à l'ACS serait liée à l'incidence, pour partie différée, de la mesure d'augmentation du plafond de ressources de juillet 2013.

Faute de recul possible, la prévision ne tient pas compte de trois inconnues majeures :

- les incidences sur la ressource procurée par la TSA de la généralisation de la couverture complémentaire santé à l'ensemble des salariés au 1er janvier 2016, en application de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. Elles ont un caractère contradictoire : une augmentation du volume des garanties, sous le double effet de la souscription de garanties au titre de salariés qui en étaient dépourvus, même à titre individuel et de la substitution de garanties d'un niveau plus élevé à une partie des garanties collectives et individuelles préexistantes et, dans un sens opposé, une baisse du prix moyen des garanties qui ferait

suite à une négociation plus poussée au niveau des branches ou des entreprises. Si la première incidence l'emportait, l'apparition d'un déficit pourrait s'en trouver différée ;

- la réduction, d'une ampleur indéterminée, des populations éligibles et titulaires de la CMU-C et de l'ACS sous l'effet de la généralisation précitée ;
- l'éventualité d'une déperdition, au moins provisoire, d'une partie des titulaires de l'ACS entre l'ancien et le nouveau dispositif issu de la sélection d'un nombre limitatif de contrats d'assurance éligibles à cette aide.

Par ailleurs, la prévision ne précise pas les incidences de l'augmentation projetée du nombre de bénéficiaires sur le niveau du non-recours à la CMU-C, notamment pour les bénéficiaires du RSA socle. L'incidence en est cependant majeure :

- une réduction du non-recours à la CMU-C limitée à un cinquième de la population concernée (estimée pour la France métropolitaine entre 1,6 et 2,7 millions de personnes en moyenne annuelle pour 2013), sous l'effet notamment d'une effectivité accrue de la pré-instruction de la CMU-C à l'occasion de celle du RSA par les CAF et d'autres organismes, induirait une augmentation des charges du Fonds CMU-C comprise entre 130 M€ et 230 M€ (montants pour l'année 2016) ;
- une réduction du non-recours à l'ACS limitée à un cinquième de la population concernée (estimée pour la France métropolitaine entre 1,9 et 3,4 millions de personnes en moyenne annuelle pour 2013) induirait une augmentation des charges du Fonds CMU-C comprise entre 110 M€ et 200 M€ (montants pour l'année 2016).

C - Des engagements financiers massifs

À travers l'élargissement de l'accès à l'ACS et, dans une moindre mesure, à la CMU-C, les pouvoirs publics ont pris des engagements financiers massifs au titre de l'assurance complémentaire santé individuelle. Compte tenu du niveau du non-recours à ces droits, ces engagements demeurent latents. Une augmentation significative du recours à l'ACS et à la CMU-C conduirait à devoir les honorer.

Au regard de l'estimation la plus récente du non-recours à la CMU-C et à l'ACS en France métropolitaine (décembre 2014), sa disparition complète exigerait, sur la base d'hypothèses conventionnelles[101], de mobiliser entre 1,2 Md€ et 2,2 Md€ de ressources supplémentaires à affecter au Fonds CMU-C et aux organismes gestionnaires de la CMU-C :

- entre 0,7 Md€ et 1,2 Md€ au titre de la CMU-C. Au sein des montants précités, la généralisation de la CMU-C à l'ensemble des titulaires du RSA socle aurait un coût compris entre 0,25 Md€ et 0,35 Md€ ;
- entre 0,5 Md€ et 0,9 Md€ au titre de l'ACS.

[101]. Application des montants moyens de dépenses au titre de la CMU-C et à l'ACS observés pour 2013 aux bornes basse et haute de l'estimation du non-recours à ces droits effectuée par la DREES pour cette même année, soit entre 1,6 million et 2,7 millions de non-recourants pour la CMU-C et 1,9 million à 3,4 millions de non-recourants pour l'ACS.

Toutes choses égales par ailleurs, le taux de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie affectée au Fonds CMU-C (6,27 points depuis 2011) devrait alors être relevé de 3,8 à 6,6 points afin de compenser ce surcroît de charges.

Cette estimation ne tient cependant pas compte de la généralisation de la protection complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des salariés au 1er janvier 2016 qui va procurer une couverture complémentaire à des personnes, en nombre indéterminé, qui, à défaut, auraient eu recours à l'ACS ou à la CMU-C. Par ailleurs, l'hypothèse d'un taux de recours à 100 % à la CMU-C et à l'ACS par la population éligible est bien évidemment conventionnelle[102].

Elle fait néanmoins apparaître l'ampleur des engagements latents pris au titre de la CMU-C et de l'ACS qui demeurent non-financés à ce jour et la difficulté à les honorer, dans l'éventualité où le non-recours à ces droits sociaux connaîtrait une réduction substantielle, dans un contexte où l'incidence de la généralisation de la couverture complémentaire santé d'entreprise sera également très sensible pour les finances publiques.

L'incidence pour les finances publiques de la généralisation de la couverture complémentaire santé d'entreprise

Les engagements financiers liés à une réduction éventuelle du non-recours à la CMU-C et à l'ACS par les ménages, souvent inactifs, dotés de faibles revenus, viennent s'ajouter à ceux, à caractère certain, liés à la généralisation de la protection complémentaire santé à l'ensemble des salariés au 1er janvier 2016, en application des dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 qui transposent celles de l'article premier de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013.

En effet, la généralisation de la couverture d'entreprise induit des pertes de recettes pour les administrations publiques, liées notamment à une sollicitation accrue des aides fiscales et sociales dont elle bénéficie (déductibilité du revenu imposable des primes et cotisations versées par les salariés et exonération des cotisations sociales des primes et cotisations versées par les employeurs pour l'acquisition de garanties en faveur de leurs salariés, partiellement compensée par l'application du forfait social au taux réduit de 8 %).

Selon l'étude d'impact du projet de loi relatif à la sécurisation de l'emploi, dont les hypothèses n'ont pas été auditées par la Cour, la généralisation de la couverture complémentaire santé à l'ensemble des salariés aurait un coût compris entre 1,5 Md€ et 2 Md€ en année pleine pour les finances publiques, appelé à se matérialiser de manière croissante entre 2014 et 2016.

[102]. La direction de la sécurité sociale estime pour sa part à 80 % pour la CMU-C et à 60 % pour l'ACS le taux de recours maximal à ces dispositifs, sans toutefois documenter ces indications.

D - Une nécessaire révision des dispositifs financés par le Fonds CMU-C

Plusieurs types de mesures sont envisageables dans l'absolu afin de prévenir l'apparition à moyen terme de déficits du Fonds CMU-C et de la gestion de la CMU-C par l'assurance maladie, liés à une réduction significative du non-recours à la CMU-C et à l'ACS. Les mesures de recettes sont peu praticables. Celles qui pourraient porter sur le champ des dispositifs apparaissent plus opérantes.

1 - Des perspectives limitées d'augmentation de la taxe de solidarité additionnelle

Comme il a été souligné, la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) devrait augmenter dans une mesure très significative en cas de réduction importante du non-recours à la CMU-C et à l'ACS afin de maintenir l'équilibre financier du Fonds CMU-C et de la gestion de la CMU-C par l'assurance maladie. Les organismes d'assurance répercuteraient l'augmentation éventuelle de la TSA sur le prix des garanties d'assurance collective souscrites par les entreprises et sur le prix des garanties d'assurance individuelle souscrites par les particuliers non-salariés.

Or, les décisions arrêtées par les pouvoirs publics depuis le début des années 2010 (augmentation des plafonds de ressources de l'ACS et de la CMU-C, augmentation du montant de l'ACS, revalorisation du « panier de soins » de la CMU-C) ont renforcé l'ampleur et le degré de solidarité de la redistribution horizontale opérée en faveur des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, principalement inactifs, à travers la TSA. Elles concourent aujourd'hui à réduire l'acceptabilité d'une augmentation de la TSA par les organismes d'assurance, les entreprises et les assurés, salariés et non-salariés.

En outre, une forte augmentation de la TSA serait susceptible de peser tout particulièrement sur les personnes assurées à titre individuel dont les ressources dépassent le plafond de l'ACS : pensionnés ne bénéficiant pas du dispositif « Évin »[103] de maintien des garanties liées au dernier contrat de travail à un prix plafonné à 150 % de celui appliqué aux salariés actifs dans l'entreprise au titre des parts employeur et salarié[104], chômeurs, fonctionnaires et agents contractuels de droit public. La pression exercée sur les prix par les procédures de sélection des contrats éligibles à l'ACS par l'État et, plus encore, des contrats collectifs par les branches professionnelles et par certaines entreprises pourrait au demeurant conduire déjà à renchérir, à sinistralité et prélèvements publics constants, le prix des garanties pour les souscripteurs individuels de contrats d'assurance complémentaire santé.

[103]. Loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes couvertes contre certains risques (article 4).

[104]. En dehors des anciens fonctionnaires ou travailleurs indépendants, retraités non anciennement salariés ou retraités avant 1990, anciens salariés dont l'entreprise a disparu, qui n'étaient pas couverts par une protection obligatoire d'entreprise, qui n'ont pas fait de demande de maintien des garanties dans les six mois suivant la fin de leur contrat de travail par méconnaissance de leurs droits ou encore qui ont souscrit, sur la proposition de l'assureur de l'entreprise, des garanties individuelles distinctes de celles de cette dernière.

2 - Envisager une révision du champ des dispositifs

L'éventualité d'une augmentation significative du recours à la CMU-C et à l'ACS (suscitée notamment par les efforts de promotion de l'ACS par les grands réseaux de distribution dont les contrats d'assurance ont été sélectionnés par l'État ou par une systématisation des demandes de CMU-C à l'occasion de l'instruction des demandes de RSA) ne saurait être considérée comme une pure hypothèse d'école comme les administrations tendent à le faire.

Le paradoxe d'une mobilisation proclamée pour un accès effectif aux droits de la population éligible et la préoccupation de réguler la dynamique des dépenses en projetant dans la durée le maintien de taux de non recours massifs n'est pas tenable à moyen terme.

Dans ce contexte, seules des évolutions profondes des dispositifs financés par le Fonds CMU-C paraissent de nature à assurer à terme leur soutenabilité financière. Deux leviers sont envisageables à cet égard :

- indépendamment des actions indispensables et de grande ampleur à conduire pour lutter contre la sous-déclaration des ressources, redéfinir les ressources prises en compte pour accéder à la CMU-C et à l'ACS en les harmonisant sur celles intégrées au calcul du seuil de pauvreté monétaire et aligner le plafond de l'ACS sur ce dernier ;
- reconsidérer, en fonction notamment des études documentées qu'il est indispensable et urgent de réaliser comme la Cour l'a déjà demandé à plusieurs reprises sur la consommation de soins et les dépenses de santé des titulaires de la CMU-C, le « panier de soins » auquel ce dispositif donne accès, s'il s'avérait être à l'origine d'une dynamique de dépenses allant au-delà des nécessités de rattrapage liées à un état de santé plus dégradé.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'informatisation sur un champ très partiel du traitement des demandes de CMU-C et d'ACS emporte des risques majeurs pour la sécurité de l'instruction des demandes, s'agissant notamment de la détermination du montant des ressources. En outre, elle est à l'origine d'une charge de travail disproportionnée pour l'assurance maladie, qui affecte sa capacité à réaliser les gains de productivité demandés par les pouvoirs publics. Tardivement engagée, la refonte de l'outil informatique doit être menée à son terme. Au-delà, c'est le processus de production dans son ensemble qui doit être reconstruit.

L'étendue des risques de sous-déclaration des ressources, qui n'a été mise à jour qu'avec beaucoup de retard, ne permet pas de faire reposer la maîtrise des risques uniquement sur la refonte du processus de traitement des demandes, mais appelle la mise en œuvre d'actions spécifiques.

Des améliorations ont vocation à être apportées au processus de collecte de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie et aux modalités de remboursement des dépenses relatives à la CMU-C aux organismes qui en assurent la gestion.

Les déterminants sanitaires ne sont pas objectivés avec une précision suffisante en dépit d'une dépense de santé plus élevée en moyenne pour les bénéficiaires de la CMU-C et, plus encore, pour ceux de l'ACS que pour les autres assurés sociaux. Les facteurs explicatifs du niveau et de l'évolution des charges de prestations de base et complémentaires induites par le recours aux soins par les bénéficiaires de la CMU-C sont insuffisamment éclairés.

L'équilibre financier du Fonds CMU-C et des charges de l'assurance maladie au titre de la CMU-C ont été assurés au cours des années récentes, mais pourraient être compromis à moyen terme (2017-18) malgré la permanence d'un non-recours massif à l'ACS et, dans une moindre mesure, à la CMU-C. Une réduction significative du non-recours à laquelle concourent les actions engagées par les organismes sociaux et les résultats de la sélection des contrats éligibles à l'ACS créerait une impasse de financement encore plus importante.

Compte tenu du caractère difficilement praticable d'une augmentation de la taxe de solidarité additionnelle sur le prix des contrats d'assurance complémentaire santé ou de la mobilisation d'autres ressources, l'équilibre financier apparaît devoir être recherché en priorité par une révision du champ des dispositifs financés par le Fonds CMU-C.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

6. *refondre le processus d'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS, en mettant en place un nouvel outil informatique et en exploitant les possibilités offertes par la déclaration sociale nominative (DSN) et par la mutualisation généralisée de l'information relative aux prestations sociales dans le cadre du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) ;*
7. *engager au plan national une politique active de lutte contre la sous-déclaration des ressources, élargir les vérifications auprès de la DGFiP et des établissements financiers et évaluer l'incidence financière des irrégularités détectées ;*
8. *doter le Fonds CMU-C de pouvoirs de contrôle des dépenses réelles exposées par l'ensemble des organismes gestionnaires au titre de la CMU-C ;*
9. *faire prendre en charge par l'URSSAF l'ensemble des fonctions de recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle affectée au Fonds CMU-C* ;
10. *en fonction de la réalisation des risques de déséquilibre financier, envisager l'harmonisation des ressources prises en compte pour attribuer la CMU-C et l'ACS avec celles intégrées au seuil de pauvreté monétaire, ainsi que l'alignement du plafond de l'ACS sur ce dernier ;*
11. *objectiver par des études nationales périodiques les incidences de la CMU-C et de l'ACS sur l'état de santé de leurs bénéficiaires et analyser les déterminants du niveau et de l'évolution des dépenses de santé de ces derniers par comparaison avec les autres assurés sociaux ;*
12. *dans l'éventualité où les études à mener feraient apparaître une surconsommation de soins gratuits, mettre en œuvre des actions de gestion du risque ciblées sur les postes de dépense concernés et examiner l'éventualité d'une rédéfinition des prises en charge au titre de la CMU-C et de l'ACS..*

Conclusion générale

Des dispositifs nécessaires, mais utilisés partiellement

La création en complément de la couverture maladie universelle de base de la couverture maladie universelle complémentaire par la loi du 27 juillet 1999 a permis de répondre aux difficultés croissantes d'accès aux soins des ménages disposant de faibles ressources dans le contexte d'une baisse progressive depuis le début des années 80 des prises en charge au titre de l'assurance maladie obligatoire de base. Par la suite, l'un des principaux inconvénients de la CMU-C - la perte de l'ensemble des avantages qu'elle procure gratuitement en cas de dépassement de son plafond de ressources -, a été lissé par la création de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, puis par l'augmentation progressive du montant de cette aide comme par les relèvements successifs de son plafond de ressources.

La CMU-C et l'ACS couvrent des publics numériquement très importants. Elles connaissent cependant une situation contrastée, qu'il s'agisse de leur taux de pénétration comme de la protection procurée. La CMU-C est un dispositif reconnu, dont les règles sont stables et auquel les demandeurs peuvent accéder directement auprès de leur caisse d'assurance maladie, non seulement pour leur demande mais aussi pour la gestion de leurs prestations complémentaires et qui procure une protection élevée (tiers payant intégral, prise en charge des tickets modérateurs, « panier de soins » étendu et de bon niveau, exonération des franchises et participations). Malgré les relèvements successifs de son plafond de ressources afin d'englober une population de plus en plus large, ainsi que de son montant, l'ACS n'est pas parvenue à ce jour à s'imposer comme une composante majeure de la protection sociale, comme l'attestent la qualité peu satisfaisante en termes de garanties complémentaires de la plupart des contrats souscrits et, plus encore, le niveau particulièrement élevé de non-recours à ce dispositif par la population qui y est éligible.

Une mutation de grande ampleur de l'ACS, dont les effets sont encore à venir

Au cours de la période récente a été engagée une mutation de l'ACS qui combine la mise en œuvre d'une sélection par l'État des contrats d'assurance éligibles à cette aide en fonction d'un socle substantiel de garanties obligatoires et l'attribution de droits connexes (tiers payant intégral, interdiction des dépassements d'honoraires médicaux et tarifs sociaux de l'énergie). La sélection des contrats éligibles à l'ACS a produit les effets qui en étaient attendus : elle va améliorer très significativement le rapport qualité / prix des garanties souscrites avec le concours de cette aide. L'ACS est ainsi de plus en plus attractive, ce qui devrait logiquement susciter un recours accru à plus ou moins brève échéance.

Le choix paradoxal d'un élargissement continu de la population éligible plutôt que d'un accès effectif des bénéficiaires aux droits accordés

L'extension de l'ACS et, à un moindre degré, de la CMU-C à un public de plus en plus vaste, par des mesures de relèvement des plafonds de ressources, a eu pour effet de déconnecter de plus en plus fortement la population éligible de celle située au niveau du seuil de pauvreté, compte tenu de l'approche restrictive des ressources prises en considération pour le calcul de ce plafond. En particulier, le plafond de l'ACS dépasse désormais le seuil de pauvreté dans la plupart des cas de figure.

Ces relèvements ont certes accru la population bénéficiaire, mais n'ont pas diminué le taux de non recours qui reste massif. Pour la CMU-C et, plus encore, pour l'ACS, son niveau souligne la difficulté à atteindre les publics auxquels ces aides sont destinées et à faire engager par ces derniers les démarches lourdes et complexes nécessaires à leur obtention. Il fait ainsi apparaître la nécessité pour les organismes sociaux (caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales notamment) de renforcer les actions de communication et d'accompagnement en leur direction, conformément aux objectifs qui leur sont fixés.

Remédier aux faiblesses majeures du processus de reconnaissance des droits

L'attribution de la CMU-C et de l'ACS est particulièrement lourde pour leurs demandeurs comme pour l'assurance maladie, dès lors que ces aides doivent dans tous les cas faire l'objet d'une demande par leurs bénéficiaires et d'une instruction par les caisses d'assurance maladie, même dans les cas fréquents où elles pourraient les accorder automatiquement au vu des informations qu'elles détiennent sur la situation des assurés.

Cet état de fait est lié non seulement à la législation, qui requiert de renseigner un grand nombre d'informations, alors même que les organismes sociaux peuvent déjà les posséder par ailleurs, mais aussi à l'obsolescence de l'outil informatique, mis en place dans l'urgence en 2000 et non modernisé depuis lors, qui ne couvre qu'une partie des besoins fonctionnels. Les faiblesses manifestes de l'outil informatique appellent sa refonte, qui est désormais, quoique tardivement, engagée. Au-delà, c'est le processus de production qui doit être revu dans sa globalité, avec pour objectifs de sécuriser l'instruction des demandes et d'alléger les tâches de gestion, en s'appuyant notamment sur des partenaires (administration fiscale, autres organismes sociaux).

La mise en évidence récente d'irrégularités dans l'attribution à la CMU-C portant sur des périmètres beaucoup plus étendus que jusque-là anticipés appelle la mise en œuvre d'un plan de contrôle et de prévention de grande ampleur. Au-delà de l'incidence financière, c'est en effet la légitimité même de ce dispositif qui risque d'être mise en cause.

Maîtriser les risques de recours excessif au système de santé

Par nature, la gratuité des soins procurée par la CMU-C créée un risque de consommation injustifiée de soins. Les éléments d'analyse disponibles sur les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU-C, qui sont nettement plus élevées que celles des autres assurés, et de leur situation de santé sont très insuffisants. Ils doivent être approfondis afin d'engager, le cas échéant, des actions de gestion du risque.

Assurer un équilibre financier durable du Fonds CMU-C et de la gestion de la CMU-C par l'assurance maladie

L'augmentation du nombre de titulaires de la CMU-C et, avec des effets moindres, de l'ACS tend d'ores et déjà à remettre en cause, d'ici deux à trois ans, l'équilibre financier du Fonds CMU-C et de la gestion de la CMU-C par l'assurance maladie. Au-delà, l'élargissement de l'accès à l'ACS et, à un moindre degré, à la CMU-C, du fait des derniers relèvements des plafonds de ressources, à des millions de personnes éligibles qui n'ont pas fait valoir leurs droits à ce jour créée potentiellement un grave problème de soutenabilité financière des dispositifs financés par le Fonds CMU-C.

Cette perspective appelle à anticiper, avant que les déficits ne se creusent, la mise en œuvre de mesures de redressement. Le niveau atteint par la fiscalité sur les contrats dits « responsables » permet difficilement d'envisager une hausse du taux de la taxe sur le prix des garanties d'assurance complémentaire santé, qui constitue la principale ressource du Fonds CMU-C, à hauteur des besoins potentiels de financement qui pourraient aller jusqu'à atteindre entre 1,2 et 2,2 Md€. Dès lors, l'équilibre financier devrait être recherché en priorité par une révision du champ des dispositifs financés par le Fonds CMU-C.

En ce sens, la question se pose de redéfinir les ressources prises en compte pour accéder à la CMU-C et à l'ACS en les alignant sur celles intégrées au calcul du seuil de pauvreté monétaire et d'ajuster parallèlement le plafond de ressources de l'ACS sur ce dernier. Un autre levier serait de reconsidérer, en fonction notamment du résultat des études - indispensables et à réaliser rapidement - sur la consommation de soins par les titulaires de la CMU-C et de l'ACS, le « panier de soins » auquel ces dispositifs donnent accès.

Annexes

Annexe 1 : lettre du Président de la commission des finances du Sénat (20 novembre 2013)

Annexe 2 : lettre du Premier président de la Cour des comptes (30 décembre 2013)

Annexe 3 : lettre du Premier président de la Cour des comptes (30 juillet 2014)

Annexe 4 : lettre de la Présidente de la commission des finances du Sénat (29 janvier 2015)

Annexe 5 : part de la population couverte par la CMU-C, la CMU de base et le RSA socle par département au 31 décembre 2014 (régime général, MSA et RSI, hors sections locales mutualistes)

Annexe 6 : titulaires de l'ACS rapportés aux assurés sociaux et aux titulaires de la CMU-C au 31 décembre 2014 (régime général)

Annexe 7 : les actions relatives à la CMU-C et à l'ACS dans les plans locaux d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures (PLANIR) des 30 principales CPAM

Annexe 8 : les « testings » de refus de soins de titulaires de la CMU-C

Annexe 9 : planchers de garanties dans les contrats éligibles à l'ACS, les contrats d'entreprise et les contrats responsables

Annexe 10 : les tarifs sociaux de l'électricité et du gaz, avantages sociaux connexes à la CMU-C et à l'ACS

Annexe 11 : les modalités de prise en charge de la CMU-C : une compensation incomplète pour les organismes gestionnaires, des contrôles désormais insuffisants

Annexe 12 : la collecte de la taxe de solidarité additionnelle : des adaptations nécessaires

Annexe 13 : liste des personnes rencontrées

Annexe n° 1 : lettre du président de la commission des finances du Sénat (20 novembre 2013)

74 KZZ

SÉNAT

COMMISSION DES FINANCES

LE PRÉSIDENT

République Française

Paris, le 20 novembre 2013

Monsieur le Premier président,

J'ai l'honneur de vous demander, au nom de la commission des finances du Sénat, la réalisation par la Cour des comptes, en application de l'article 58-2° de la loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances, de cinq enquêtes portant respectivement sur :

- la protection judiciaire de la jeunesse (état des lieux) ;

- les soutiens à la filière forêt-bois ;

- le recours aux consultants extérieurs par l'Etat (y compris les conseils financiers et hors prestations informatiques) ;

- le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (« Fonds CMU ») ;

- le bilan financier de l'autonomie des universités.

Comme à l'accoutumée, le choix de ces sujets a fait l'objet d'échanges préalables entre le secrétariat de la commission des finances et le Rapporteur général de la Cour des comptes.

Je souhaite que les trois premières enquêtes puissent être intégrées au programme de travail de la Cour des comptes de 2014, afin de pouvoir être remises au Sénat dans le délai de huit mois imposé par la loi organique sur les lois de finances.

En application de la pratique de l'échelonnement que nous avons mise en place depuis 2011, l'enquête consacrée au « Fonds CMU » pourra être remise au premier trimestre de 2015 et celle relative à l'autonomie des universités avant le 30 juin 2015.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Philippe MARINI

Monsieur Didier MIGAUD

Annexe n° 2 : lettre du Premier président de la Cour des comptes (30 décembre 2013)

Le Premier Président
de la
Cour des Comptes

1306447

Paris, le 30 DEC. 2013

Monsieur le Président,

En réponse à votre courrier du 20 novembre 2013, sur la réalisation d'enquêtes en application de l'article 58-2° de la loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, j'ai le plaisir de vous confirmer que la Cour devrait être en mesure de réaliser les enquêtes que vous avez demandées.

Pour la protection judiciaire de la jeunesse (état des lieux), le rapport sera préparé par la quatrième chambre de la Cour, dont le président est Monsieur Jean-Philippe Vachia. La définition de son champ devra évidemment prendre en compte, sous réserve de sa publication, le rapport de votre collègue sénateur Jean-Pierre Michel, en mission auprès de Madame la garde des sceaux, ministre de la justice.

Le rapport sur les soutiens à la filière forêt-bois et l'enquête sur le recours aux consultants extérieurs seront préparés par deux formations interchambres présidées respectivement par Madame Evelyne Ratte, présidente de la septième chambre, et Monsieur Raoul Briet, président de la première chambre.

Ces trois enquêtes viendront en complément des deux rapports qui vous seront remis sur les contrats de projet Etat-Régions (CPER) et l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) en juin 2014.

Monsieur Philippe MARINI
Président de la commission des finances
SENAT
15 rue de Vaugirard
75291 PARIS CEDEX 06

Je vous propose que, comme les années précédentes, des échanges entre les rapporteurs spéciaux et les présidents de chambre et magistrats concernés puissent avoir lieu très rapidement afin de préciser le champ, l'approche et, dans le respect du délai maximal de huit mois prévu par la loi organique, la date de remise de ces enquêtes.

Enfin, je vous confirme que la sixième chambre, présidée par Monsieur Antoine Durrleman, réalisera l'enquête que vous avez souhaitée sur le « fonds CMU » pour le premier trimestre 2015. La troisième chambre, présidée par Monsieur Patrick Lefas, préparera le rapport sur le bilan de l'autonomie financière des universités pour le 30 juin 2015.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Didier MIGAUD

Annexe n° 3 : lettre du Premier président de la Cour des comptes (30 juillet 2014)

Cour des comptes

1403777

Paris, le 30 JUIL. 2014

Le Premier président

Monsieur le Président,

Par lettre en date du 30 novembre 2013, vous avez demandé, conformément aux dispositions de l'article 58-2° de la loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances, que la Cour procède à une enquête sur le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (« Fonds CMU-C »). Par un courrier en date du 30 décembre 2013, je vous ai confirmé que la Sixième chambre effectuerait cette enquête pour le premier trimestre 2015 et que la Cour se tenait disponible pour préciser, au cours d'une séance de travail, le champ et l'approche à retenir.

Lors de la réunion qui s'est tenue le 10 juillet dernier à la commission des finances entre M. Jean-Pierre CAFFET, sénateur de Paris, et MM. Antoine DURRLEMAN, président de la Sixième chambre, Didier SELLES, conseiller maître, contre-rapporteur, et Jean-Pierre VIOLA, conseiller maître, rapporteur d'autre part, il a été convenu que la communication qui vous sera remise portera sur une analyse et une mise en perspective, depuis leur instauration, des deux dispositifs financés par le Fonds CMU-C - la couverture universelle maladie complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) -, ainsi que de leurs modalités de financement.

A ce titre, la Cour examinera l'évolution des règles d'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS, du nombre et des caractéristiques de leurs bénéficiaires, du niveau des avantages qui leur sont procurés et des dépenses de santé et primes d'assurance qui restent à leur charge, ainsi que l'évolution du montant des dépenses financées par le Fonds et de celles qui demeurent couvertes par les régimes d'assurance maladie.

Cet examen sera complété par une analyse de la place de ces dispositifs dans le cadre de la protection complémentaire santé prise dans son ensemble et, spécifiquement, de la contribution de l'ACS à la généralisation de cette dernière pour les salariés engagée par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Monsieur Philippe MARINI
Président de la commission des finances
Sénat
15, rue de Vaugirard
75291 Paris Cedex 06

13, rue Cambon • 75100 PARIS CEDEX 01 • T +33 1 42 98 95 00 • www.ccomptes.fr

La Cour s'attachera aussi à apprécier l'étendue du non-recours à la CMU-C et à l'ACS et des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C ainsi que la portée des actions mises en œuvre afin de lutter contre ces situations. Par ailleurs, elle identifiera les facteurs d'augmentation des dépenses de santé qui seraient, le cas échéant, imputables aux caractéristiques de la CMU-C (en dépit des tarifs de responsabilité opposables aux professionnels de santé) et de l'ACS.

S'agissant des modalités de financement du Fonds CMU-C, sera examinée l'évolution de la nature et des montants de ressources affectées (contribution, puis taxe de solidarité additionnelle à la charge des organismes complémentaires santé ; autres impositions). En outre, la Cour appréciera la pertinence des règles d'assujettissement, d'assiette et de déduction de la taxe de solidarité additionnelle, ainsi que le contrôle par l'URSSAF d'Ile-de-France et par le Fonds CMU-C de la correcte application de ces règles par les organismes redevables.

De même, elle examinera les vérifications opérées par le Fond sur les données sous-jacentes aux factures qui lui sont adressées par les régimes d'assurance maladie et des vérifications effectuées par le fonds sur ces derniers.

Enfin, sera appréciée la soutenabilité financière du Fonds CMU-C au regard de différents scenarios d'évolution des recettes et des dépenses de ce dernier.

Je vous précise que la Cour effectuera ses travaux par la voie d'un contrôle du Fonds CMU-C et de ses relations financières avec les régimes d'assurance maladie et l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale et d'échanges avec les autorités de tutelle du Fonds et les instances représentatives des organismes complémentaires santé (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance).

Il a été convenu que la communication demandée sera remise pour le 31 mars 2015 et que la commission des finances du Sénat sera tenue informée de son avancement, dans le cadre notamment d'un échange à mi-parcours à programmer.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

Didier MIGAUD

Annexe n° 4 : lettre de la présidente de la commission des finances du Sénat (29 janvier 2015)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SÉNAT

Monsieur Didier MIGAUD
Premier Président de la Cour des Comptes
13 rue Cambon
75001 PARIS

Paris, le 29 janvier 2015

Réf. : ACD/15-26

MICHÈLE ANDRÉ

PRÉSIDENTE
DE LA COMMISSION
DES FINANCES

Monsieur le Président,

Les échanges intervenus entre la sixième chambre de la Cour des comptes et les services de la commission des finances du Sénat font apparaître qu'une transmission de la communication relative au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (« fonds CMU-C ») à la date convenue (31 mars 2015) conduirait à ne pas intégrer à celle-ci un développement majeur intéressant l'un des deux dispositifs dont il assure le financement : la sélection par l'État des contrats d'assurance complémentaire santé éligibles à l'aide au paiement d'une complémentaire santé, financée par le fonds CMU-C, qui doit intervenir d'ici au 31 mars 2015.

Afin de permettre à la Cour d'y intégrer une analyse des résultats de cette sélection, je vous fais part de mon accord quant au report de la transmission de la communication relative au fonds CMU-C au 15 mai 2015 au plus tard.

Je vous d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.

Michèle ANDRÉ

15, RUE DE VAUGIRARD - 75291 PARIS CEDEX 06 - TÉLÉPHONE : 01 42 34 29 56

Annexe n° 5 : part de la population couverte par la CMU-C, la CMU de base et le RSA socle par département au 31 décembre 2014 (1) (régime général, MSA et RSI, hors sections locales mutualistes)

	Nombre de bénéficiaires de la CMU-C	% de bénéficiaires de la CMU-C / assurés sociaux	% de bénéficiaires de la CMU de base / assurés sociaux	% population totale couverte par le RSA socle
Départements d'outremer				
Guyane (973)	89 033	36,8 %	28,5 %	25,6 %
Réunion (974)	308 727	36,6 %	18,8 %	27,2 %
Guadeloupe (971)	110 152	26,8 %	19,1 %	20,7 %
Martinique (972)	98 832	25,0 %	17,9 %	18,3 %
DOM en cumul	**606 744**	**32,1 %**	**19,9 %**	**23,7 %**
France métropolitaine				
Plus de 10 % de bénéficiaires de la CMU-C			4,3 % - 6,8 %	7,6 % - 10,8 %
Seine-Saint-Denis (93)	223 486	14,4 %	6,8 %	10,8 %
Nord (59)	312 050	11,9 %	5,3 %	9,6 %
Pyrénées Orientales (66)	54 587	11,7 %	5,4 %	8,8 %
Gard (30)	84 550	11,4 %	4,7 %	8,5 %
Pas-de-Calais (62)	168 090	11,3 %	5,8 %	8,6 %
Bouches-du-Rhône (13)	223 148	11,1 %	5,8 %	8,5 %
Aude (11)	38 889	10,4 %	4,8 %	8,9 %
Ardennes (08)	29 987	10,3 %	4,3 %	7,6 %
Hérault (34)	111 831	10,2 %	4,6 %	7,6 %
De 8 % à 10 % de bénéficiaires de la CMU-C			3,2 % - 4,6 %	5,9 % - 6,8 %
Aisne (02)	50 555	9,1 %	3,6 %	6,8 %
Vaucluse (84)	50 539	9,0 %	3,6 %	6,1 %
Somme (80)	51 385	8,8 %	4,1 %	6,6 %
Ariège (09)	13 928	8,8 %	3,2 %	6,8 %
Aube (10)	27 211	8,7 %	3,9 %	6,0 %
Tarn et Garonne (82)	21 806	8,6 %	3,3 %	5,9 %
Seine-Maritime (76)	108 995	8,5 %	3,3 %	6,5 %
Territoire de Belfort (90)	12 389	8,4 %	4,6 %	6,3 %
De 6 % à 7,9 % de bénéficiaires de la CMU-C			2,1 % - 4,4 %	4,0 % - 6,0 %
Val d'Oise (95)	95 478	7,9 %	4,2 %	5,5 %
Creuse (23)	9 975	7,9 %	2,1 %	4,0 %
Haute Vienne (87)	29 167	7,6 %	3,0 %	5,2 %
Meurthe-et-Moselle (54)	56 307	7,5 %	3,2 %	6,0 %
Rhône (69)	132 319	7,4 %	3,3 %	5,1 %
Lot-et-Garonne (47)	25 286	7,4 %	2,8 %	5,3 %
Val-de-Marne (94)	98 259	7,3 %	3,0 %	5,6 %
Var (83)	75 945	7,3 %	3,1 %	5,7 %
Charente (16)	26 895	7,3 %	3,7 %	5,8 %
Cher (18)	23 232	7,3 %	2,5 %	6,0 %
Tarn (81)	28 109	7,2 %	3,2 %	5,3 %
Haute-Garonne (31)	93 237	7,1 %	3,2 %	5,4 %
Loiret (45)	48 436	7,1 %	2,4 %	4,6 %
Vienne (86)	30 811	7,0 %	3,3 %	5,4 %
Vosges (88)	27 427	7,0 %	2,7 %	5,6 %
Allier (03)	24 730	7,0 %	3,1 %	5,4 %
Loire (42)	53 244	6,9 %	2,4 %	4,5 %
Marne (51)	40 465	6,9 %	3,8 %	4,8 %
Sarthe (72)	39 204	6,7 %	2,5 %	4,5 %

	Nombre de bénéficiaires de la CMU-C	% de bénéficiaires de la CMU-C / assurés sociaux	% de bénéficiaires de la CMU de base / assurés sociaux	% population totale couverte par le RSA socle
Yonne (89)	23 293	6,6 %	2,7 %	5,3 %
Orne (61)	19 764	6,6 %	2,5 %	5,0 %
Meuse (55)	13 207	6,6 %	2,8 %	5,4 %
Paris (75)	146 763	6,5 %	4,4 %	4,6 %
Eure (27)	39 624	6,5 %	2,2 %	4,6 %
Dordogne (24)	27 759	6,5 %	2,7 %	4,3 %
Hautes Pyrénées (65)	15 489	6,5 %	3,0 %	4,4 %
Haute-Marne (52)	12 361	6,5 %	3,3 %	4,7 %
Doubs (25)	34 770	6,4 %	2,7 %	4,4 %
Nièvre (58)	14 468	6,4 %	3,6 %	5,2 %
Gironde (33)	93 619	6,2 %	2,5 %	5,0 %
Indre (36)	14 605	6,2 %	2,2 %	4,2 %
Oise (60)	50 870	6,1 %	2,3 %	5,0 %
Charente-Maritime (17)	39 257	6,1 %	2,1 %	4,7 %
Alpes-Maritimes (06)	65 406	6,0 %	2,7 %	4,4 %
Moselle (57)	63 946	6,0 %	2,4 %	5,1 %
Puy-de-Dôme (63)	39 155	6,0 %	2,6 %	4,6 %
Loir-et-Cher (41)	20 473	6,0 %	2,8 %	4,4 %
Drôme (26)	30 203	6,0 %	2,7 %	4,6 %
Alpes-de-Haute-Provence	10 019	6,0 %	2,1 %	4,6 %
De 4 % à 5,9 % de bénéficiaires de la CMU-C			1,2 % - 3,4 %	2,1 % - 5,0 %
Essonne (91)	73 804	5,9 %	2,9 %	4,2 %
Calvados (14)	41 401	5,9 %	1,9 %	4,2 %
Eure-et-Loir (28)	26 269	5,9 %	2,8 %	3,9 %
Haut-Rhin (68)	44 133	5,7 %	3,4 %	4,8 %
Indre-et-Loire (37)	34 645	5,7 %	2,5 %	4,1 %
Seine-et-Marne (77)	75 904	5,5 %	2,3 %	4,4 %
Bas-Rhin (67)	62 313	5,5 %	3,0 %	5,0 %
Ardèche (07)	18 200	5,5 %	2,0 %	3,6 %
Haute-Corse (2B)	9 516	5,5 %	3,4 %	3,7 %
Maine-et-Loire (49)	44 555	5,4 %	2,1 %	4,0 %
Haute-Saône (70)	13 333	5,4 %	1,9 %	4,2 %
Gers (30)	10 708	5,4 %	2,3 %	3,5 %
Saône-et-Loire (71)	30 232	5,3 %	1,9 %	3,7 %
Loire-Atlantique (44)	70 472	5,2 %	1,8 %	4,0 %
Lot (46)	9 260	5,1 %	2,1 %	3,5 %
Pyrénées-Atlantiques (64)	34 696	5,1 %	2,1 %	3,9 %
Côte-d'Or (21)	27 409	5,1 %	2,1 %	3,2 %
Deux-Sèvres (79)	19 405	5,1 %	1,7 %	3,6 %
Landes (40)	20 274	5,0 %	2,0 %	3,6 %
Corse-du-Sud (2A)	7 355	5,0 %	2,2 %	2,9 %
Isère (38)	61 681	4,9 %	2,3 %	3,9 %
Manche (50)	24 778	4,8 %	1,8 %	3,0 %
Ille-et-Vilaine (35)	48 830	4,7 %	1,9 %	3,1 %
Hauts-de-Seine (92)	74 276	4,6 %	2,4 %	3,5 %
Mayenne (53)	14 200	4,5 %	1,4 %	2,6 %
Corrèze (19)	10 953	4,4 %	1,5 %	2,8 %
Lozère (48)	3 539	4,4 %	1,4 %	2,1 %
Côtes d'Armor (22)	26 735	4,3 %	1,7 %	3,2 %
Jura (39)	11 737	4,3 %	1,3 %	2,7 %
Yvelines (78)	60 774	4,2 %	2,3 %	3,0 %
Morbihan (56)	31 507	4,2 %	1,6 %	3,4 %

	Nombre de bénéficiaires de la CMU-C	% de bénéficiaires de la CMU-C / assurés sociaux	% de bénéficiaires de la CMU de base / assurés sociaux	% population totale couverte par le RSA socle
Aveyron (12)	11 917	4,1 %	1,2 %	2,5 %
Moins de 4 % de bénéficiaires de la CMU-C			1,2 % - 1,7 %	1,9 % - 3,3 %
Cantal (15)	6 020	3,9 %	1,2 %	2,5 %
Finistère (29)	35 448	3,8 %	1,7 %	3,2 %
Hautes-Alpes (05)	5 458	3,8 %	1,4 %	3,3 %
Ain (01)	23 515	3,7 %	1,4 %	2,5 %
Vendée (85)	24 769	3,7 %	1,2 %	2,4 %
Haute-Loire (43)	8 489	3,6 %	1,3 %	2,5 %
Savoie (73)	15 242	3,5 %	1,3 %	2,4 %
Haute-Savoie (74)	20 437	2,6 %	1,7 %	1,9 %
France métropolitaine	**4 511 179**	**7,0 %**	**3,1 %**	**5,2 %**
France métropolitaine et DOM	**5 117 923**	**7,7 %**	**3,6 %**	**5,7 %**

Source : Fonds CMU-C.
(1) Données provisoires.

Annexe n° 6 : titulaires de l'ACS rapportés aux assurés sociaux et aux titulaires de la CMU-C au 31 décembre 2014 (régime général)

	Titulaires d'une attestation à l'ACS / assurés sociaux (en %)	Rang	Titulaires d'une attestation à l'ACS / titulaires de la CMU-C (1) (en %)	Rang
Départements d'outremer				
Réunion (974)	6,2 %	1	17,0 %	95
Guadeloupe (971)	3,5 %	2	13,1 %	98
Martinique (972)	2,1 %	16	8,2 %	99
Guyane (973)	0,2 %	100	0,6 %	100
DOM en cumul	**4,0 %**	**-**	**13,2 %**	**-**
France métropolitaine				
Pyrénées Orientales (66)	2,6 %	3	22,5 %	68
Gard (30)	2,6 %	3	22,7 %	67
Doubs (25)	2,6 %	3	40,2 %	3
Vaucluse (84)	2,5 %	6	28,1 %	31
Hérault (34)	2,4 %	7	23,8 %	58
Tarn-et-Garonne (82)	2,4 %	7	27,6 %	34
Nord (59)	2,4 %	7	19,9 %	82
Ardennes (08)	2,3 %	10	22,8 %	65
Hautes Pyrénées (65)	2,3 %	10	34,9 %	8
Pas-de-Calais (62)	2,3 %	10	20,0 %	81
Loiret (45)	2,2 %	13	31,1 %	19
Seine-Maritime (76)	2,2 %	13	25,7 %	42
Ariège (09)	2,2 %	13	24,5 %	50
Creuse (23)	2,1 %	16	27,1 %	35
Seine-Saint-Denis (93)	2,1 %	16	14,4 %	97
Bouches-du-Rhône (13)	2,1 %	16	18,6 %	88
Tarn (81)	2,0 %	20	28,0 %	32
Aisne (02)	2,0 %	20	22,1 %	70
Somme (80)	2,0 %	20	22,8 %	65
Gers (32)	2,0 %	20	36,9 %	4
Lozère (48)	1,9 %	24	44,2 %	1
Alpes-de-Haute-Provence (04)	1,9 %	24	32,0 %	16
Aube (10)	1,9 %	24	22,0 %	71
Allier (03)	1,9 %	24	27,2 %	35
Eure-et-Loir (28)	1,9 %	24	31,9 %	17
Var (83)	1,9 %	24	25,8 %	40
Rhône (69)	1,9 %	24	25,3 %	44
Puy-de-Dôme (63)	1,8 %	31	30,9 %	21
Alpes-Maritimes (06)	1,8 %	31	30,4 %	22
Aude (11)	1,8 %	31	17,2 %	93
Loire (42)	1,8 %	31	25,8 %	40
Corse du Sud (2A)	1,8 %	31	35,5 %	6
Saône-et-Loire (71)	1,7 %	36	33,2 %	15
Haute-Garonne (31)	1,7 %	36	24,5 %	50
Pyrénées Atlantiques (64)	1,7 %	36	34,1 %	9
Ardèche (07)	1,7 %	36	31,0 %	20
Orne (61)	1,7 %	36	25,9 %	38
Calvados (14)	1,7 %	36	29,0 %	26
Lot-et-Garonne (47)	1,7 %	36	23,1 %	64
Marne (51)	1,7 %	36	24,4 %	52
Charente Maritime (17)	1,7 %	36	27,9 %	33
Indre-et-Loire (37)	1,7 %	36	29,6 %	25
Haute-Marne (52)	1,6 %	46	25,0 %	46
Territoire de Belfort (90)	1,6 %	46	19,2 %	85
Nièvre (58)	1,6 %	46	24,8 %	47
Sarthe (72)	1,6 %	46	23,7 %	60
Val-de-Marne (94)	1,6 %	46	21,8 %	72

Charente (16)	1,6 %	46	21,4 %	74
Haute-Saône (70)	1,6 %	46	29,0 %	26
Dordogne (24)	1,6 %	46	24,0 %	57
Haute-Vienne (87)	1,5 %	54	20,3 %	80
Drôme (26)	1,5 %	54	25,5 %	43
Haute-Loire (42)	1,5 %	54	41,8 %	2
Vienne (86)	1,5 %	54	21,5 %	73
Vosges (88)	1,5 %	54	21,1 %	77
Oise (60)	1,5 %	54	24,2 %	55
Lot (46)	1,5 %	54	28,8 %	28
Indre (36)	1,5 %	54	23,7 %	60
Corrèze (19)	1,5 %	54	33,4 %	12
Aveyron (12)	1,5 %	54	35,1 %	7
Jura (39)	1,4 %	64	33,4 %	13
Meurthe-et-Moselle (54)	1,4 %	64	19,1 %	86
Ille-et-Vilaine (35)	1,4 %	64	30,4 %	22
Yonne (89)	1,4 %	64	21,3 %	76
Loir-et-Cher (41)	1,4 %	64	23,4 %	63
Essonne (91)	1,4 %	64	23,6 %	62
Val d'Oise (95)	1,4 %	64	17,4 %	92
Deux-Sèvres (79)	1,4 %	64	27,2 %	35
Haute Corse (2B)	1,4 %	64	25,1 %	45
Manche (50)	1,4 %	64	28,7 %	29
Hautes-Alpes (05)	1,4 %	64	36,3 %	5
Mayenne (53)	1,4 %	64	30,3 %	24
Maine-et-Loire (49)	1,3 %	76	24,6 %	49
Cher (18)	1,3 %	76	18,2 %	90
Gironde (33)	1,3 %	76	20,7 %	78
Loire-Atlantique (44)	1,3 %	76	24,2 %	55
Ain (01)	1,3 %	76	33,6 %	11
Cantal (15)	1,2 %	81	31,6 %	18
Meuse (55)	1,2 %	81	18,6 %	88
Vendée (85)	1,2 %	81	33,3 %	14
Paris (75)	1,2 %	81	18,7 %	87
Savoie (73)	1,2 %	81	34,1 %	10
Landes (40)	1,2 %	81	23,8 %	58
Moselle (57)	1,2 %	81	19,7 %	84
Côte d'Or (21)	1,1 %	88	22,5 %	68
Haut-Rhin (68)	1,1 %	88	19,9 %	82
Hauts-de-Seine (92)	1,1 %	88	24,4 %	52
Eure (27)	1,1 %	88	17,0 %	96
Finistère (29)	1,1 %	88	28,3 %	30
Côtes d'Armor (22)	1,1 %	88	24,8 %	47
Yvelines (78)	1,0 %	94	24,3 %	54
Isère (38)	1,0 %	94	20,4 %	79
Bas-Rhin (67)	1,0 %	94	17,5 %	91
Seine-et-Marne (77)	0,9 %	97	17,2 %	93
Morbihan (56)	0,9 %	97	21,4 %	74
Haute-Savoie (74)	0,7 %	99	25,9 %	38
Métropole	**1,6 %**	**-**	**23,2 %**	**-**
France métropolitaine et DOM	**1,7 %**	**-**	**21,9 %**	**-**

Source : Fonds CMU-C.
(1) Données provisoires.

Annexe n° 7 : les actions relatives à la CMU-C et à l'ACS dans les plans locaux d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures (PLANIR) des 30 principales CPAM

Axes du guide méthodologique PLANIR	**PLANIR organismes locaux**
CMU-C	
Repérage des bénéficiaires potentiels	
- à partir des codes régime (code 806 pour le RSA)	19 caisses
- à partir des demandes d'aides financières au titre de l'action sociale	20 caisses
- auprès des visiteurs des accueils	18 caisses
Traitement attentionné des dossiers	
- instruction de la demande des titulaires du RSA socle en face à face à l'accueil	10 caisses
- traitement des dossiers dans un délai maximal	11 caisses
- gérer l'incomplétude des dossiers	25 caisses
- envoi de SMS aux titulaires de la CMU-C n'ayant pas fait de demande de renouvellement avant l'échéance et envoi d'un courrier après l'échéance	17 caisses
ACS	
Repérage des bénéficiaires potentiels	
- auprès des visiteurs des accueils	15 caisses
- auprès des bénéficiaires d'indemnités journalières de faible montant	14 caisses
- à partir des demandes d'aides financières au titre de l'action sociale	17 caisses
- auprès des bénéficiaires de Prado maternité	5 caisses
- auprès des destinataires des courriers nationaux adressés par la CNAMTS à partir des fichiers transmis par la CNAF et par la CNAVTS	8 caisses
- auprès des bénéficiaires de l'AAH (code régime 180) et de l'ASI (code régime 120)	14 caisses
- auprès des associations assurant la tutelle de majeurs	15 caisses
Accompagnement des bénéficiaires – offre de rendez-vous	
- lors de la remise du dossier aux assurés détectés éligibles à l'accueil pour lesquels incompréhension	4 caisses
- du fait de la réception de dossiers incomplets	16 caisses
- primo-demandeurs ACS sans expérience préalable d'un organisme d'assurance	8 caisses
Suivi des bénéficiaires	
- envoi systématique d'un dossier de renouvellement	7 caisses
- appels téléphoniques ou envoi de SMS aux titulaires de l'ACS n'ayant pas fait de demande de renouvellement	13 caisses
- titulaires de l'ACS ayant subi des dépassements d'honoraires ou n'ayant pas bénéficié du tiers payant	8 caisses
Actions d'initiative locale	
Une cinquantaine d'actions différentes : - suivi des titulaires de l'ACS qui ne l'ont pas utilisée au terme d'un certain délai : 10 caisses - autres : élargissement des publics cibles (RSA activité, chômeurs, étudiants, autres codes régime), intervention du service social, adaptation des courriers (éviter double correspondance refus CMU-C et accord ACS)	

Source : guide méthodologique PLANIR (septembre 2013), Cour des comptes à parti des PLANIR locaux des CPAM des Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Gard, Haute-Garonne, Gironde, Hérault, Loire-Atlantique, Nord (Lille), Nord (Roubaix - Tourcoing), Nord (Dunkerque), Nord (Hainaut), Pas-de-Calais (Arras), Pas-de-Calais (Calais), Bas-Rhin, Rhône, Paris, Seine-Maritime (Le Havre), Seine-Maritime (Rouen – Elbeuf), Seine-et-Marne, Yvelines, Var, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val d'Oise, Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion.

Annexe n° 8 : les « testings » de refus de soins de titulaires de la CMU-C

Auteur	Année concernée	Champ / méthode	Conclusions
Médecins du Monde	2002	Enquête téléphonique anonyme (testing) auprès de 230 médecins libéraux choisis de manière aléatoire dans 11 villes de France	Taux de refus de soins de 35,3 %
DREES, ministère de la santé et des solidarités	2003	Enquête auprès de 3 000 ménages bénéficiaires de la CMU-C	15 % des personnes interrogées déclarent avoir fait l'objet d'un refus de soins (7 % par des médecins spécialistes, 6 % par des chirurgiens- dentistes et 2 % par des médecins généralistes)
UFC Que choisir ?	2004	Testing auprès de 287 médecins spécialistes à travers la France	Taux de refus de soins compris entre 33 % et 44 % pour Paris et la région parisienne
Fonds CMU-C (DIES, pour le compte de)	2006	Testing auprès de 224 professionnels de santé dans 8 communes du Val-de-Marne	Taux de refus de soins de 17 % pour les médecins généralistes de secteur II, de 41 % pour les médecins spécialistes et de 39 % pour les chirurgiens-dentistes
Médecins du Monde	2006	Testing auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes de France	Taux de refus de soins de 8 % pour les médecins généralistes de secteur I et de 22 % pour les médecins généralistes de secteur II
Fonds CMU-C (IRDES, pour le compte de)	2008	Testing auprès de 861 médecins généralistes et spécialistes de secteur I et II et chirurgiens-dentistes exerçant à Paris	Taux de refus de soins de 25,5 %, dont 40,2 % pour les gynécologues de secteur II, 32,6 % pour les généralistes de secteur II, 31,6 % pour les chirurgiens-dentistes et 31,3 % pour les ophtalmologues de secteur II
Collectif inter-associatif pour la santé	2009	Testing auprès de médecins spécialistes de secteur II dans 11 villes de France	Taux de refus de soins de 22 %

Source : rapports d'évaluation de la loi du 27 juillet 1999 établis par le Fonds CMU-C.

Annexe n° 9 : planchers de garanties dans les contrats éligibles à l'ACS, les contrats d'entreprise et les contrats responsables

	ACS	Contrats d'entreprise	Contrats responsables
Médicaments	Prise en charge intégrale du ticket modérateur, sauf pour les médicaments classés à service médical faible	Prise en charge intégrale du ticket modérateur, sauf pour les médicaments classés à service médical faible ou modéré et les médicaments homéopathiques	Prise en charge intégrale du ticket modérateur, sauf pour les médicaments classés à service médical faible ou modéré et les médicaments homéopathiques
Optique	* Verre simple foyer avec sphère entre -6,00 et +6,00 ou cylindre <= à +4,00 dioptries : 100 € pour le contrat « B » et 150 € pour le « C »	* Verre simple foyer avec sphère entre -6,00 et +6,00 ou cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries : 100 €	* Verre simple foyer avec sphère entre -6,00 et +6,00 ou cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries : 50 €
	* Verres simple foyer avec sphère ou cylindre > limites et verres multi-focaux ou progressifs : 200 € pour le contrat « B » et 350 € pour le « C »	* Verres simple foyer avec sphère ou cylindre > limites et verres multi-focaux ou progressifs : 200 €	* Verres simple foyer avec sphère ou cylindre > limites et verres multi-focaux ou progressifs : 200 €
			* Verre simple foyer avec sphère > -8,00 et +8,00 ou cylindre > +4,00 dioptries : 200 €
	* Verres mixtes : 150 € pour le contrat « B » et 250 € pour le « C »	* Verres mixtes : 150 €	* Verres mixtes : 125 ou 200 €
	* Lentilles : 100 € pour les contrats « B » et « C »		
			Le forfait couvre les frais engagés, par période de prise en charge de deux ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture (période réduite à un an pour les mineurs ou si évolution de la vue)
Soins dentaires et orthopédie dento-faciale	Contrats « A » : 125 % des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie, « B » : 225 % et « C » : 300 %	125 % des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie	-
Prothèses auditives	Contrats « C » : forfait de 450 € par prothèse	-	-
Autres dispositifs médicaux	-	-	-

Source : décrets du 8 septembre 2014 (contrats d'entreprise), du 8 octobre 2014 (contrats éligibles à l'ACS) et du 16 novembre 2014 (contrats responsables).

Annexe n° 10 : les tarifs sociaux de l'électricité et du gaz, avantages sociaux connexes à la CMU-C et à l'ACS

Les tarifs sociaux de l'électricité et du gaz bénéficient aux titulaires de la CMU-C et, depuis le décret du 15 novembre 2013 portant extension à de nouveaux bénéficiaires des tarifs sociaux de l'électricité et du gaz naturel, à ceux de l'ACS et aux ménages dont le revenu fiscal de référence annuel par part du foyer soumis à l'impôt sur le revenu est inférieur à 2 175 € en métropole et à ce même montant majoré de 11,3 % pour les DOM.

Le tarif de première nécessité de l'électricité, qui est financé par la contribution au service public de l'électricité (CSPE) supportée par les consommateurs d'électricité au prorata de leur consommation, prend la forme d'une déduction forfaitaire sur la facture d'électricité. En fonction de la puissance souscrite avec le fournisseur (en kilovoltampères) et de la taille du foyer, son montant est compris entre 71 € et 140 € par an (ce dernier montant s'appliquant à une puissance installée de 9 Kva et deux personnes et plus au sein du foyer). Les bénéficiaires du tarif de première nécessité de l'électricité disposent en outre de la gratuité de la mise en service et de l'enregistrement du contrat lors de l'installation dans un logement et d'un abattement de 80 % du coût d'un déplacement facturé au client lorsque ce dernier, en raison d'un défaut de paiement, fait l'objet d'une interruption de fourniture.

Le tarif spécial de solidarité du gaz naturel est financé par la contribution au tarif spécial de solidarité (CTSS) supportée par les consommateurs de gaz au prorata de leur consommation. Pour les titulaires d'un contrat individuel de fourniture de gaz, il est opéré par une déduction forfaitaire. Pour ceux qui résident dans un immeuble avec chauffage collectif au gaz, il prend la forme d'un chèque versé par le fournisseur de gaz naturel de la chaufferie collective et compensé auprès de ce dernier. En fonction du caractère individuel ou collectif du chauffage, de la tranche de consommation (en kilowattheure) et de la taille du foyer, le montant du tarif spécial de solidarité du gaz naturel est compris entre 23 € et 185 € par an (ce dernier montant s'appliquant à un couple avec deux enfants se chauffant au gaz en résidence individuelle). Les bénéficiaires du TSS disposant d'un contrat individuel bénéficient en outre de la gratuité de la mise en service et de l'enregistrement du contrat lors de l'installation dans un logement et d'un abattement de 80 % du coût d'un déplacement facturé au client lorsque ce dernier, en raison d'un défaut de paiement, fait l'objet d'une interruption de fourniture.

Le tarif de première nécessité de l'électricité bénéficiait en février 2014 à 2,2 millions de foyers pour un coût évalué à 327 M€ en 2014 par la commission de régulation de l'énergie (CRE). Le tarif spécial de solidarité du gaz naturel bénéficiait fin 2013 à 650 000 foyers pour un coût estimé par la CRE à 94 M€ pour 2014.

Annexe n° 11 : les modalités de prise en charge de la CMU-C : une compensation incomplète pour les organismes gestionnaires, des contrôles désormais insuffisants

Compte tenu des évolutions apportées à leurs méthodes de comptabilisation, les charges supportées par le Fonds CMU-C au titre de la CMU-C peuvent uniquement être comparées à compter des exercices 2010 ou 2011 :

Évolution des charges du Fonds CMU-C liées au financement de la CMU-C (en M€)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Régime général	1 247	1 243	1 268	1 291	1 472	1 622
Var.	-	-0,3 %	+2,0 %	+1,8 %	+14,0 %	+10,1 %
MSA	41	36	34	32	31	34
RSI	53	60	65	75	75	81
Autres régimes	6	4	3	5	3	3
Sous-total régimes d'assurance maladie	1 347	1 343	1 370	1 403	1 581	1 740
Var.	-	-0,3 %	+2,0 %	+2,4 %	+12,7 %	+10,1%
Organismes complémentaires	Nd	300	267	265	263	277
Var.	-	Nd	-10,9 %	-0,8 %	-0,6 %	+5,4%
Total	Nd	1 643	1 637	1 668	1 844	2 017
Var.	Nd	Nd	-0,4 %	+1,9 %	+10,6 %	+9,4 %

Source : états financiers du Fonds CMU-C.

L'évolution des charges du Fonds CMU-C au titre de la CMU-C traduit celle du nombre de bénéficiaires et des modalités de remboursement de cette aide aux organismes qui en assurent la gestion. À titre principal (soit 100 M€ environ), la forte augmentation de 2013 traduit l'incidence du passage d'un remboursement au réel dans la limite d'un forfait (de 400 € par bénéficiaire), au lieu d'un remboursement au forfait (de 370 € en 2012) et de l'augmentation des effectifs de bénéficiaires de la CMU-C (+7,7 % entre fin décembre 2012 et fin décembre 2013), sous l'effet notamment de la mesure de revalorisation du plafond de ressources de juillet 2013. Celle de 2014 reflète la poursuite de l'augmentation des effectifs de bénéficiaires (+6,3 % entre fin décembre 2013 et fin décembre 2014) et l'actualisation du montant du forfait (porté à 405 €).

Les modalités de financement par le Fonds CMU-C des charges supportées par les organismes gestionnaires de la CMU-C ont un caractère instable dans le temps. Elles n'assurent pas la neutralité financière des prestations complémentaires au titre de la CMU-C pour les organismes gestionnaires de la CMU-C. Pour la branche maladie du régime général de sécurité sociale, l'incidence de la CMU-C a été compensée au cours des années récentes par l'affectation des résultats excédentaire du Fonds CMU-C.

L'instabilité des modalités de remboursement de la CMU-C aux organismes gestionnaires

Depuis l'instauration de la CMU-C, le remboursement des prestations complémentaires aux organismes qui assurent la gestion de cette aide a emprunté trois modalités successives.

Entre 2000 et 2003 compris, les régimes d'assurance maladie étaient remboursés par le Fonds CMU-C à hauteur du montant réel des prestations en nature versées aux professionnels de santé. Pour leur part, les organismes complémentaires recevaient un forfait par bénéficiaire de la CMU-C. Cette différence de traitement avait pour objet déclaré de prendre en compte le fait que les bénéficiaires de la CMU-C gérés par les régimes d'assurance maladie sont à l'origine de dépenses en moyenne plus élevées que celles des autres bénéficiaires.

Depuis 2004, des modalités homogènes de remboursement s'appliquent à l'ensemble des organismes gestionnaires de la CMU-C.

Jusqu'en 2012 compris, les organismes gestionnaires ont reçu un forfait par bénéficiaire. Ce forfait a fait l'objet de mesures d'augmentation par à coup (+62,3 % en cumul entre 2000 et 2012) destinées à réduire les dépenses restant à la charge de la branche maladie du régime général, qui sont retracées dans le tableau ci-après :

Forfait de remboursement de la CMU-C (en €)

	2000-02 (*)	2003 (*)	2004	2005	2006-08	2009-12
Montant	228	283	300	304,52	340	370

Source : Fonds CMU-C.
(*) Organismes complémentaires seulement, régimes d'assurance maladie au réel.

Depuis 2013, les organismes gestionnaires de la CMU-C sont remboursés en fonction du montant réel des charges de prestations complémentaires qui lui sont liées dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire fixé par arrêté ministériel et revalorisé au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac (400 € au 1er janvier 2013, porté à 405 € au 1er janvier 2014).

Ce nouveau mode de remboursement a pour objet de réduire le solde des dépenses restant à la charge de la branche maladie du régime général et de mettre fin à l'effet d'aubaine dont pouvaient bénéficier certains organismes complémentaires en raison d'une dépense moyenne par bénéficiaire inférieure au forfait. Il n'a pas d'effet sur le régime agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI), qui connaissent un montant moyen de dépense inférieur au plafond.

Les dépenses prises en charge par le Fonds CMU-C portent exclusivement sur les prestations complémentaires. Les coûts de gestion supportés par les régimes d'assurance maladie et par les organismes complémentaires demeurent intégralement à leur charge.

La permanence d'un reste à charge pour la branche maladie du régime général, compensé par l'affectation des résultats excédentaires du Fonds CMU-C

Dès 2004, le passage d'un remboursement au réel des prestations complémentaires de la CMU-C à un remboursement au forfait a laissé un solde à la charge de la branche maladie.

Ce solde a un caractère pérenne, malgré la réduction de l'écart entre le montant du forfait par bénéficiaire pris en charge par le Fonds CMU-C et le montant moyen de la dépense par bénéficiaire sous l'effet de la hausse du forfait, comme le montre le tableau ci-après :

Insuffisance de remboursement de la CMU-C pour la branche maladie du régime général de sécurité sociale (en M€)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prestations	1 229	1 273	1 363	1 472	1 410	1 400	1 448	1 524	1 553	1 613	1 709
Rembourseme	1 147	1 188	1 346	1 343	1 170	1 242	1 244	1 268	1 291	1 471	1 623
Solde	-82	-85	-17	-129	-240	-158	-204	-256	-262	-142	-86
Forfait par bénéficiaire	*300 €*	*304,52 €*	*340 €*	*340 €*	*340 €*	*370 €*	*370 €*	*370 €*	*370 €*	*400 €*	*405 €*

Source : états financiers de la branche maladie du régime général de sécurité sociale.

Afin de réduire la contribution de la CMU-C au déficit de la branche maladie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu que le Fonds CMU-C reverse à la CNAMTS au cours de l'année suivante tout ou partie de son excédent cumulé[105]. Comme le montre le tableau ci-après, cette mesure a permis de réduire, sans la faire disparaître, l'incidence défavorable de l'insuffisance de remboursement de la CMU-C sur les résultats de la branche maladie pour les exercices 2009 à 2012 :

Incidence de la gestion de la CMU-C sur le résultat de la branche maladie du régime général de sécurité sociale (en M€)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Solde	-82	-85	-17	-129	-240	-158	-204	-256	-262	-142	-86
Affectation du résultat du Fonds CMU-C	-	-	-	-	-						
de l'exercice N-1						+83	+101	+129	+126		
de l'exercice N							-	-	-	+337	+154
Reste à charge pour la branche maladie	-82	-85	-17	-129	-240	-75	-102	-127	-136	+194	+68

Source : états financiers de la branche maladie de la branche maladie du régime général de sécurité sociale.

Les modalités suivant lesquelles les résultats du Fonds CMU-C sont affectés à la CNAMTS afin de compenser l'incidence défavorable du remboursement incomplet des prestations complémentaires de la CMU-C sur les résultats de la branche maladie ont été modifiées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Elles consistent désormais en une majoration du remboursement destinée à tenir compte des dépenses de prestations complémentaires engagées dans la limite du résultat du Fonds CMU-C pour le dernier exercice. À titre exceptionnel, cette majoration a porté au titre de l'exercice 2013 non seulement sur les dépenses engagées au titre du dernier exercice (2013), mais aussi de l'exercice précédent (2012). De ce fait, le Fonds CMU-C a apporté une contribution positive au résultat 2013 de la branche maladie (à hauteur de 194 M€) au motif de la compensation différée de charges 2012.

[105]. Le montant du versement à effectuer par le Fonds CMU-C à la branche maladie au titre de son report à nouveau au 31/12/N-1 était fixé par un arrêté pris en N et comptabilisé en produit de la branche maladie pour ce même exercice N.

Compte tenu des charges de la branche maladie restant à couvrir au titre de 2012 et 2013 (soit 262 M€ et 142 M€), le Fonds CMU-C a dégagé un résultat nul pour 2013 (au lieu d'un résultat positif de 337 M€ avant majoration du remboursement). Il conserve néanmoins, à son bilan au 31 décembre 2013, un report à nouveau positif, qui correspond au résultat de l'exercice 2012 non affecté à la branche maladie (204 M€).

Malgré l'absence de base législative à cette fin (contrairement à l'affectation du résultat 2013, voir *supra*), la part du résultat du Fonds CMU-C affecté à la branche maladie au titre de l'exercice 2014 (154 M€)[106] prend en compte non seulement les dépenses engagées par cette dernière en 2014 et non couvertes par la prise en charge de la CMU-C (86 M€), mais aussi celles engagées en 2013 qui n'ont pas été compensées par l'affectation du résultat 2013 du Fonds CMU-C (68 M€). Le résultat 2014 de la branche maladie est ainsi amélioré au motif de la compensation différée de charges 2013. Le Fonds CMU-C dégage néanmoins un excédent (25 M€) qui vient augmenter ses capitaux propres au 31 décembre 2014 (229 M€).

L'existence d'un reste à charge pour une partie des organismes complémentaires

En 2013, 330 organismes proposant des garanties d'assurance complémentaire santé ont remboursé 270 M€ à 710 000 bénéficiaires de la CMU-C.

Les nouvelles modalités de remboursement de la CMU-C en vigueur depuis 2013 (remboursement du montant réel des dépenses dans la limite d'un forfait) sont à l'origine d'une légère augmentation du montant des dépenses financées par le Fonds CMU-C par rapport à celui qui aurait résulté de l'ancien mode de remboursement (à hauteur de 3 M€ environ, qui ont bénéficié à 76 organismes représentant 35,7 % de la dépense et des bénéficiaires de la CMU-C gérés par un organisme complémentaire).

En outre, près d'un tiers des organismes complémentaires (93 au total, représentant 40,1 % de la dépense et 36,8 % des bénéficiaires de la CMU-C gérés par un organisme complémentaire) ont supporté un reste à charge, dont le montant total atteint 4 M€.

Compte tenu de la majoration du montant du plafond par rapport à celui de l'ancien forfait (400 € en 2013, contre 370 € en 2012), il est probable qu'une proportion plus élevée d'organismes complémentaires supportait un reste à charge d'un montant total également plus élevé sous l'empire des modalités de remboursement en vigueur avant 2013.

Les contrôles du Fonds CMU-C sur les charges qui lui sont facturées : des adaptations nécessaires

Les prises en charge au titre de la CMU-C en faveur de la branche maladie

Le Fonds CMU-C effectue des contrôles de cohérence sur les données globales, par CPAM, que lui transmet la CNAMTS. À ce titre, il signale fréquemment des atypies, voire des anomalies. Toutefois, il n'a aucun retour sur les suites qui leur sont données.

Contrairement aux organismes proposant des garanties d'assurance complémentaire santé (voir *infra*), il n'est pas destinataire de listes nominatives de bénéficiaires de la CMU-C sur lesquelles il pourrait effectuer des contrôles de cohérence.

[106]. Arrêté du 18 mars 2015.

À l'égard des régimes d'assurance maladie, il ne dispose pas de pouvoirs juridiques de contrôle des dépenses réelles.

Ces différences de traitement par rapport aux organismes complémentaires n'apparaissent pas justifiées dans leur principe.

Les déductions de la TSA effectuées par les organismes complémentaires au titre de la CMU-C et de l'ACS

Le Fonds CMU-C contrôle les dépenses au titre de la CMU-C et les aides au titre de l'ACS imputées par les organismes proposant des garanties d'assurance complémentaire santé sur le montant de la taxe de solidarité additionnelle à payer.

À cette fin, il met en œuvre des contrôles de cohérence sur les listes nominatives de bénéficiaires que lui adressent ces derniers (nombre de bénéficiaires par rapport à celui déclaré sur le support déclaratif de la taxe, dates d'entrée et de sortie par rapport à la date de référence, doublons). Au-delà, il effectue des contrôles approfondis sur une sélection annuelle d'organismes complémentaires auxquels il demande de communiquer, pour des échantillons de titulaires de ces droits, les copies des attestations à la CMU-C ou à l'ACS.

Cependant, le Fonds CMU-C n'est pas habilité à extrapoler l'incidence financière des anomalies qu'il détecte sur les échantillons contrôlés.

Le passage d'un remboursement par la voie d'un forfait par bénéficiaire de la CMU-C à un remboursement des dépenses réelles dans la limite d'un plafond (correspondant au produit de l'effectif moyen annuel par le plafond par bénéficiaire) doit conduire à engager une réflexion sur les moyens juridiques et matériels de vérifier le montant des dépenses réelles, ainsi que d'extrapoler l'incidence financière des anomalies détectées sur des échantillons représentatifs de dépenses. Les dispositions législatives en vigueur ne paraissent pas fournir une base suffisante à l'obtention et à la vérification de données issues de la comptabilité des organismes complémentaires, au-delà de l'état des recettes et des dépenses dont la production est prévue, ni à des extrapolations de données redressées sur des échantillons.

Annexe n° 12 : la collecte de la taxe de solidarité additionnelle : des adaptations nécessaires

Suivant une périodicité trimestrielle, les redevables de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie déclarent sur des lignes distinctes d'un bordereau spécifique la taxe et les dépenses au titre de la CMU-C et de l'ACS[107] et déduisent ces dernières de la taxe à payer. Lorsque les dépenses excèdent la taxe, le Fonds CMU-C leur rembourse la différence.

L'organisation de la collecte de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) par le réseau des URSSAF, avec le concours du Fonds CMU-C, a connu des évolutions qui en renforcent l'efficacité. Toutefois, elle présente des lourdeurs et des faiblesses.

Au-delà, l'intégration au 1er janvier 2016 de la taxe affectée au seul Fonds CMU-C dans une taxe comportant plusieurs compartiments et attributaires remet en question le dispositif de double commande de la collecte de la TSA entre le Fonds CMU-C et l'URSSAF désignée par l'ACOSS pour effectuer cette collecte. Elle doit conduire le réseau des URSSAF à prendre en charge pleinement l'ensemble de ses missions, qui sont aujourd'hui pour partie assumées par le Fonds CMU-C avec des outils juridiques imparfaits.

Les prélèvements publics sur les contrats d'assurance santé et automobile à compter du 1er janvier 2016

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 unifie au 1er janvier 2016 les prélèvements sociaux sur les contrats d'assurance maladie, en regroupant la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) collectée par l'administration fiscale (DGFiP) et affectée aux branches famille et maladie et aux départements avec la taxe de solidarité additionnelle (TSA) collectée par l'URSSAF et affectée au Fonds CMU-C, en une taxe de solidarité additionnelle modifiée, taxe unique sur les contrats d'assurance maladie (complémentaire santé ou versement d'indemnités journalières) collectée par l'URSSAF et affectée à titre exclusif aux organismes sociaux précités (branches famille et maladie et Fonds CMU-C).

Parallèlement, la contribution sur les véhicules terrestres à moteur collectée par l'URSSAF et affectée à la branche famille et la taxe sur les conventions d'assurance afférente aux assurances contre les risques de toute nature relatifs à ces mêmes véhicules collectée par la DGFiP et affectée aux départements sont regroupées en une taxe unique, la taxe sur les conventions d'assurance modifiée, collectée par la DGFiP et affectée à la branche famille afin de compenser la suppression de la contribution sur les véhicules terrestres à moteur, ainsi qu'aux départements, en contrepartie de la fin de l'affectation d'une partie de l'ancienne TSCA sur les contrats d'assurance maladie.

La TSA adopte l'assiette de la TSCA, ce qui permet de remédier à certaines incertitudes relatives à la définition de son assiette qui demeurent non résolues à ce jour (traitement des primes émises non acquises et des primes acquises non émises).

[107]. Codes type 993 (décompte annuel de la TSA), 079 (décompte annuel des dépenses de la CMU-C) et 081 (décompte annuel des dépenses de l'ACS).

Comme le montre le tableau ci-après, le Fonds CMU-C devient affectataire de quotes-parts de la TSA modifiée, à redevables (organismes de protection complémentaire santé), taux (6,27 %) et nature générale de l'assiette (primes et cotisations des contrats d'assurance complémentaire santé) inchangés par rapport à l'ancienne taxe.

Taxe de solidarité additionnelle au 1er janvier 2016

	Contrats d'assurance complémentaire santé	Contrats indemnités journalières (IJ) et part IJ des contrats couplés	Contrats au 1er euro[108]	Contrats de l'article 998 1° du CGI[109]
Taux de droit commun	13,27 %	7 %	7 %	6,27 %
Attributaires	**Fonds CMU-C : 6,27 %** CNAF : 3,5 % CNAMTS : 3,5 %	CNAF : 3,5 % CNAMTS : 3,5 %	CNAF : 3,5 % CNAMTS : 3,5 %	**Fonds CMU-C : 6,27 %**
Taux majoré en cas de non-respect des critères de solidarité et/ou de responsabilité	+ 7 %	+ 7 %	-	-
Attributaires	CNAF : 3,5 % CNAMTS : 3,5 %	CNAF : 3,5 % CNAMTS : 3,5 %	-	-

Source : loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

L'unification de prélèvements publics dont les assiettes sont quasi-identiques (anciennes TSA et TSCA, au titre des contrats d'assurance santé) ou présentent de fortes similitudes (anciennes TVTM et TSCA, au titre des contrats d'assurance responsabilité civile obligatoire) permet, à taux de prélèvements inchangés, de supprimer – de manière faciale - un prélèvement (la TVTM, intégrée à la nouvelle TSCA), de réduire les obligations déclaratives des organismes d'assurance, de leur procurer un interlocuteur administratif unique en fonction de l'objet des garanties qu'ils proposent et de spécialiser les entités collectrices en fonction de ce même objet (assurance santé pour l'URSSAF et responsabilité civile pour la DGFiP).

Cependant, la TSA et, dans une moindre mesure, la TSCA nouvelle sont segmentées en un nombre élevé de compartiments distincts (12 et 4 respectivement), fonction de l'objet des contrats, du taux d'imposition applicable et des attributaires.

En outre, la distribution entre le réseau des URSSAF et celui de la DGFiP de la collecte, du recouvrement et du contrôle des prélèvements publics sur les contrats d'assurance en fonction de l'objet des contrats, quoique plus cohérente, n'a pas un caractère optimal. Les connaissances spécialisées qu'exigent ces activités comme la concentration croissante du secteur de l'assurance justifieraient de les confier à un pôle unique à compétence nationale au sein de l'un ou de l'autre des deux réseaux.

[108]. Contrats se rapportant à la couverture maladie de personnes non couvertes par un régime obligatoire d'assurance maladie (expatriés notamment).

[109]. Contrats collectifs dont 80 % au moins de la prime ou de la cotisation globale est affectée à des garanties autres que le remboursement de dépenses de santé (garanties liées à la durée de vie humaine, au décès, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident).

La centralisation de la collecte à l'URSSAF d'Île-de-France

À la suite de son instauration en 2000, la contribution à la charge des organismes de protection complémentaire santé a d'abord été déclarée et versée par ces derniers, en fonction de la localisation de leur siège social, aux 22 URSSAF et aux quatre CGSS des départements où sont situés les chefs lieu de région administrative[110].

Ce compromis entre des considérations de spécialisation de la collecte et de lissage de la charge d'activité dans un réseau comptant alors près d'une centaine d'URSSAF de ressort départemental ou infra-départemental[111] était peu optimal au regard du nombre limité de contributeurs (1 800 organismes en 2000), de l'enjeu financier réduit lié à la contribution à l'échelle de l'ensemble des activités des URSSAF et de l'extériorité de la contribution à leur cœur de métier – les prélèvements sur les revenus d'activité. Afin de renforcer le suivi de la ressource qui lui est affectée, le Fonds CMU-C avait demandé une évolution de l'organisation de la collecte.

En 2011, la transformation de la contribution en la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA) s'est accompagnée d'une centralisation de la collecte de ce prélèvement à l'URSSAF de Paris et de la région parisienne[112], devenue URSSAF d'Île-de-France au 1er janvier 2013 (à la suite de l'absorption de l'ancienne union de Seine-et-Marne). En son sein, la gestion de la collecte est confiée à un secteur d'activité de la direction du recouvrement de Paris-Sud, spécialisé dans les domaines de la santé et de la protection sociale (prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement versés par les caisses de retraite, taxes versées par les entreprises pharmaceutiques et TSA).

La centralisation de la collecte de la TSA en un point unique a permis des progrès significatifs : spécialisation des compétences au sein du réseau des URSSAF, homogénéité des procédures de gestion et de la relation de service avec les organismes de protection complémentaire santé, mise en place un dispositif de contrôle interne et désignation d'un interlocuteur unique pour le Fonds CMU-C, avec lequel ont été mises en place des relations de travail, formalisées par une convention[113], qui visent à assurer l'exhaustivité de la collecte.

L'attribution de la collecte de la TSA à un seul organisme est d'autant plus pertinente que le nombre de cotisants n'a cessé de décroître (581 au total au 1er janvier 2014 contre 1 800 en 2000), sous l'effet d'une réduction continue du nombre de mutuelles redevables de la taxe, et que le produit de la TSA est fortement concentré (les 50 premiers organismes en déclarent 70 %).

110. Arrêté du 27 décembre 1999.
111. Par la suite, le nombre d'URSSAF a été réduit par étapes à 22, correspondant aux 22 régions administratives de métropole.
112. Arrêté du 4 mars 2011.
113. Convention entre l'ACOSS et le Fonds CMU-C relative au recouvrement, au contrôle et au reversement de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, à laquelle est jointe un acte d'application entre l'URSSAF d'Île-de-France et le Fonds CMU-C (décembre 2012).

L'intégration au 1er janvier 2015 à la TSA des compartiments de l'ancienne taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) relatifs aux contrats d'assurance santé conduira à centraliser en un point unique, en l'espèce l'URSSAF d'Île-de-France, la collecte de l'ensemble des prélèvements publics sur ces mêmes contrats, contrairement à l'organisation en vigueur, avant comme à compter de 2015, pour la collecte de la TSCA par la DGFiP. En effet, cette dernière est déclarée et versée par les organismes d'assurance auprès des services des impôts des entreprises dans le ressort territorial desquels est situé leur siège, sous réserve des attributions de la direction des grandes entreprises (DGE)[114].

Le Fonds CMU-C, point d'entrée des opérations d'immatriculation et de radiation des redevables de la TSA et vérificateur de leur exhaustivité

En application de la convention bipartite entre l'ACOSS et le Fonds CMU-C, l'URSSAF d'Île-de-France immatricule et radie les comptes des organismes assujettis à la TSA à partir des informations que lui communique le Fonds CMU-C.

En début d'année, le Fonds CMU-C adresse à l'URSSAF les extraits de la publication au Journal officiel des décisions d'agrément et de retrait d'agrément des mutuelles de livre II, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance prises par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et les correspondances des organismes précités qui font état d'un début ou, à l'inverse, d'une cessation d'activité (en raison d'une fusion, d'une absorption ou d'une substitution par une autre mutuelle), ainsi que son propre fichier de redevables. L'URSSAF procède alors aux immatriculations et aux radiations nécessaires.

En cours d'année, l'URSSAF et le Fonds CMU-C recalent au fil de l'eau leurs fichiers respectifs d'organismes redevables de la taxe en fonction de la mise à disposition de ces mêmes informations et, en tout état de cause, à l'issue de chaque échéance trimestrielle.

Au-delà de la gestion courante de son propre fichier de redevables et de sa contribution à celle du fichier de l'URSSAF, le Fonds CMU-C a engagé en 2011 la vérification de l'exhaustivité des organismes qui déclarent et versent la TSA au regard des informations que détient l'ACPR sur les organismes qu'elle agrée.

Un rapprochement de cette nature est gêné par l'absence de cadre juridique défini aux demandes de transmission d'information du Fonds CMU-C à l'ACPR et, quand celle-ci y accède, à l'absence de déclaration systématique à l'ACPR par les mutuelles de livre II de l'absence d'exercice effectif d'une activité d'assurance santé ou de leur substitution par une autre mutuelle.

À la suite de la transmission de listes d'organismes par l'ACPR, le Fonds CMU-C a procédé à un rapprochement sur les mutuelles de livre II au titre de l'année 2012. Après enquête, seul un nombre limité de mutuelles de petite taille ne déclarait pas la taxe ; la moitié environ d'entre elles a répondu aux demandes d'information du fonds et indiqué ne pas pratiquer d'activité d'assurance santé.

[114]. Compétente pour les sociétés dont le chiffre d'affaires ou le bilan dépassent 400 M€, les sociétés qui détiennent une majorité de leurs parts et les filiales dont elles détiennent une majorité des parts.

Fin 2014, le Fonds CMU-C a par ailleurs interrogé 260 organismes d'assurance non établis en France, mais habilités à y opérer en libre prestation de services identifiés sur le site de l'ACPR sur l'exercice éventuel d'une activité d'assurance complémentaire santé en France. Seul un nombre limité d'organismes a répondu à cette interrogation, en faisant état d'une absence d'activité en France dans ce domaine.

En revanche, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance listées sur le site précité n'ont pas été rapprochées à ce jour des entités qui déclarent la TSA.

Les initiatives prises par le Fonds CMU-C pour s'assurer de l'exhaustivité des déclarants de la TSA sont justifiées, mais se heurtent à des obstacles de droit ou de fait. L'ACOSS ou l'URSSAF d'Île-de-France devraient en prendre l'initiative. L'intégration de l'actuelle taxe sur les contrats d'assurance complémentaire santé affectée au Fonds CMU-C dans une taxe pluri-contrats et attributaires au 1er janvier 2016 doit conduire l'URSSAF d'Île-de-France à prendre en charge la vérification de l'exhaustivité des déclarations des organismes d'assurance au regard des agréments accordés par l'ACPR, en utilisant à cette fin le droit de communication dont elle dispose à l'égard des autres administrations.

Une double déclaration papier des organismes d'assurance complémentaire santé, auprès de l'URSSAF et du Fonds CMU-C

Les organismes d'assurance redevables de la TSA doivent la déclarer et la verser suivant une périodicité trimestrielle (30 avril, 31 juillet, 31 octobre et 31 janvier).

Depuis 2014, ils doivent également effectuer une déclaration récapitulative annuelle.

Cette obligation nouvelle a pour objet d'assurer l'application des nouvelles modalités de remboursement de la CMU-C en vigueur à compter de l'année 2013 : dans les bordereaux trimestriels, le montant que les organismes d'assurance déduisent de la TSA au titre de la gestion de bénéficiaires de la CMU-C correspond à un forfait par bénéficiaire (de 92,5 €) ; la déclaration annuelle a pour objet de leur permettre de déduire les dépenses de prestations relatives à la CMU-C pour leur montant réel, dans la limite du produit du nombre total de bénéficiaires par un plafond par bénéficiaire (de 400 € au titre de 2013).

En outre, la déclaration récapitulative annuelle aligne les modalités déclaratives de la TSA sur celles des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité (cotisations sociales, CSG et CRDS). À ce titre, elle concourt à fiabiliser l'assiette de la TSA, en distinguant celle relative à chaque année et à chaque trimestre d'imposition (en cas d'écart entre l'information portée sur le tableau récapitulatif et le bordereau trimestriel, un bordereau correctif doit en principe être déposé).

Au-delà de la nécessaire acclimatation de cette nouvelle obligation déclarative, l'adjonction sur les supports déclaratifs de la TSA d'un impôt de répartition, la participation des organismes de protection complémentaire santé au financement de la rémunération forfaitaire du médecin traitant[115], a fortement perturbé la gestion des échéances déclaratives annuelle comme trimestrielles pour les organismes d'assurance, l'URSSAF et le Fonds CMU-C[116]. En outre, l'ACOSS a mis tardivement à la disposition de l'URSSAF d'Île-de-France un outil de saisie des données de la déclaration annuelle 2013 (en septembre 2014).

Un nombre réduit d'organismes n'a pas déposé de déclaration annuelle, malgré les relances effectuées (21 sur 610 déclarations attendues). Pour une partie d'entre eux, cette situation pourrait être liée à une absorption par un autre organisme ou à l'absence de décompte précis, dans leurs outils de gestion, des dépenses réelles de prestations complémentaires au titre de la CMU-C. L'ACOSS et le Fonds CMU-C ont proposé l'application de sanctions à leurs autorités de tutelle. A la date des observations définitives de la Cour, le remboursement par le Fonds CMU-C d'une cinquantaine d'organismes était bloqué en raison des anomalies que fait apparaître leur déclaration annuelle, pour un enjeu financier de portée limitée (3 M€).

Les déclarations trimestrielles et annuelles sont établies sous format papier. Dans le cas général, les redevables les adressent par courriel. À l'instar des autres cotisants, l'URSSAF d'Île-de-France appelle les bordereaux trimestriels et le tableau récapitulatif annuel auprès des organismes de protection complémentaire santé. Toutefois, ces derniers doivent également adresser une copie de leur déclaration au Fonds CMU-C, accompagnée de la liste nominative des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Les données portées dans les déclarations font l'objet d'une double saisie par l'URSSAF et par le Fonds CMU-C dans leurs systèmes d'information respectifs (saisie entièrement manuelle pour le Fonds et lecture automatisée pour l'URSSAF, la saisie manuelle étant circonscrite aux déclarations non lues).

[115]. Dans l'avenant n° 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011, les organismes d'assurance complémentaire santé ont pris un engagement chiffré de participation à la diversification des modes de rémunération des médecins au-delà de la rémunération à l'acte : « Les organismes complémentaires souhaitent participer à ce développement des nouveaux modes de rémunération en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 M€, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants ». Au motif de l'absence d'un dispositif de tiers payant intégral qui leur aurait permis dans tous les cas de verser directement leur contribution, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a mis collectivement à leur charge une contribution de 150 M€ affectée à la CNAMTS, répartie entre eux en fonction de données qu'ils déclarent sur les mêmes supports que la TSA. Ce dispositif s'applique aux années 2014 et 2015 et, de manière rétroactive, à 2013. Plus de la moitié du produit de la contribution a été versé dès janvier 2014 et rattaché à l'exercice comptable 2013 de la branche maladie du régime général (produit à recevoir de 76 M€), ce qui a permis de réduire à due concurrence le déficit de cette dernière pour ce même exercice.

[116]. L'URSSAF a dû informer les redevables de la TSA des données à renseigner sur le bordereau du dernier trimestre 2013 entre la veille de Noël 2013, date à laquelle le dispositif a été stabilisé, et l'envoi des bordereaux modifiés aux cotisants, qui est intervenue à une date tardive (12 – 13 janvier 2014). La circulaire ministérielle qui fixe les règles d'application de la participation des organismes complémentaires par anticipation au décret en Conseil d'État et accorde un report d'une semaine de la date limite de déclaration de la TSA (7 février 2014 au lieu du 31 janvier 2014) est elle-même parue tardivement (le 21 janvier 2014) au regard de la nouvelle échéance. De même, les délais de validation du fonds de page de la déclaration annuelle de la TSA pour 2013 ont conduit à un envoi tardif des déclarations vierges aux redevables de la taxe (le 10 juin 2014, au regard d'une échéance de déclaration fixée au 30 juin, sans report de délai).

Cependant, certains cotisants se trompent et adressent l'original de leur déclaration au Fonds CMU-C et la copie à l'URSSAF ou bien adressent uniquement un original à l'URSSAF ou au Fonds CMU-C. À l'issue de chaque échéance déclarative, les deux partenaires s'adressent des listes de cotisants sans déclaration, puis les déclarations qui font défaut à l'autre partenaire afin de circonscrire les défaillants à relancer.

La convention bipartite entre l'ACOSS et le Fonds CMU-C prévoit que les défaillants sont relancés indifféremment par l'URSSAF ou par le Fonds CMU-C. En pratique, le Fonds CMU-C effectue la relance par téléphone ou par courriel. En l'absence de communication d'une déclaration après relance, l'URSSAF taxe d'office le cotisant concerné.

L'intégration au 1er janvier 2016 de la taxe affectée au Fonds CMU-C dans une taxe comportant plusieurs compartiments et attributaires (voir *supra*) conduit à remettre en cause le dispositif de double commande de la collecte de la TSA convenu entre l'ACOSS et le Fonds CMU-C, qui se traduit pour l'URSSAF d'Île-de-France et pour le Fonds CMU-C par une double saisie des déclarations (quatre bordereaux trimestriels et une déclaration récapitulative annuelle) et pas moins de 32 opérations d'ajustement par an en fonction des données dont l'autre partenaire dispose. En outre, elle accentue la nécessité fonctionnelle d'une dématérialisation des déclarations et des paiements.

L'ACOSS fait état de la mise à disposition, pour les redevables de la TSA, d'un outil de télédéclaration à l'URSSAF et, pour le Fonds CMU-C, d'outils de consultation et d'extraction des données déclarées, ce qui permettra d'alléger les démarches des redevables (qui n'auront plus qu'un seul envoi à effectuer) et les tâches de gestion de l'URSSAF et du Fonds CMU-C.

Le contrôle de l'assiette de la taxe

Le Fonds CMU-C et le réseau des URSSAF effectuent plusieurs types de contrôles, dont l'objet, la densité et l'outillage concourent à assurer l'exhaustivité du produit de la TSA.

Selon les textes, il revient au Fonds CMU-C de fixer les orientations de la politique de contrôle de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). En pratique, elles sont convenues avec l'ACOSS.

Le Fonds CMU-C effectue un contrôle de cohérence de l'assiette de la taxe déclarée à chacune des échéances trimestrielles et, depuis 2014, annuelle et interroge les organismes d'assurance en cas d'évolution atypique. Il s'agit d'un contrôle détaillé, qui conduit fréquemment les organismes interrogés à identifier ou à admettre des erreurs et à adresser des déclarations rectificatives. Dépourvue à l'origine de fondement juridique, cette modalité de contrôle de l'assiette de la taxe par le Fonds CMU-C a été consacrée par une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

En application de la convention bipartite entre l'ACOSS et le Fonds CMU-C, l'ensemble des URSSAF doivent contrôler la TSA déclarée et versée par les organismes d'assurance dont les comptes d'employeurs de salariés leur sont rattachés, à l'occasion du contrôle des prélèvements sociaux sur les rémunérations d'activité. Les sommes redressées sont ensuite recouvrées par l'URSSAF d'Île-de-France, qui reçoit à cet effet les procès-verbaux de contrôle.

En outre, l'ACOSS planifie des opérations spécifiques de contrôle après échange avec le Fonds CMU-C sur les propositions motivées que lui soumet ce dernier, en fonction notamment des résultats des contrôles de cohérence qu'il effectue sur les données déclarées par les organismes d'assurance complémentaire. Une dizaine de contrôles annuels sont programmés à ce titre.

L'ACOSS et les organismes de son réseau se sont investis dans le contrôle de l'assiette de la TSA. Des outils ont été développés à cette fin. La densité de contrôles est satisfaisante au regard de la population des cotisants (au cours de la période 2006-2013, 229 contrôles ont été effectués sur 13,4 Md€ d'assiette déclarée) et fait apparaître un bilan financier significatif (28 M€ de redressements positifs en faveur du Fonds CMU-C et 8 M€ de redressements négatifs en faveur de redevables du prélèvement qui lui est affecté).

Malgré les instructions données en ce sens par l'ACOSS, la TSA n'est toutefois pas systématiquement contrôlée en marge de l'assiette salariale, ce qui affecte le champ et les résultats du contrôle d'assiette par rapport à la stricte application des instructions nationales.

Par ailleurs, les dispositions communes aux contributions recouvrées par les organismes de recouvrement du régime général s'appliquent au contrôle de la participation des organismes d'assurance au financement de la rémunération du médecin traitant, qui a pour base le nombre de patients qui ne bénéficient pas d'une prise en charge intégrale au titre d'une affection de longue durée et ont consulté au moins une fois dans l'année dans le cadre du parcours de soins coordonné. La direction de la sécurité sociale indique que le contrôle de cette taxe se bornera à apprécier la cohérence des données déclarées avec celles issues des systèmes d'échange d'information entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes proposant des garanties d'assurance complémentaire, à l'exclusion de toute vérification dans le dossier médical des patients auquel les inspecteurs du recouvrement n'ont pas accès.

Annexe n° 13 : liste des personnes rencontrées

I - MINISTERES

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES

Direction de la sécurité sociale

- Mme Marianne JACQUET, sous-directrice à la deuxième sous-direction (accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail)
- Mme Agathe DENECHERE, sous-directrice à la troisième sous-direction (retraites et institutions de protection complémentaire)
- Mme Géraldine DUVERNEUIL, chef du bureau 2A (couverture maladie universelle et prestations de santé)
- Mme Katarina MILETIC-LACROIX, chef du bureau 5D (recettes fiscales)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- Mme Magali BEFFI, sous-directrice de la sous-direction « synthèses, études économiques et évaluation »
- M. Romain ROUSSEL, adjoint de la sous-direction « synthèses, études économiques et évaluation »
- M. Augustin VICARD, chef du bureau « redistribution et évaluation »

MINISTERE DES FINANCES ET DES COMPTES

Direction du budget

- M. Gautier BAILLY, sous-directeur, sixième sous-direction

II - FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE

- M. Vincent BEAUGRAND, directeur
- M. Jean-François CHADELAT, ancien directeur, président d'honneur du Fonds CMU-C
- Mme Raphaëlle VERNIOLLE, directrice adjointe
- M. Philippe COMTE, conseiller
- M. Stéphane RUNFOLA, conseiller

III- ORGANISMES NATIONAUX DE SECURITE SOCIALE

AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

- M. Jean-Marie GUERRA, directeur du recouvrement et du service (DIRRES)
- M. Bernard ROURRE, DIRRES

CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES

- Mme Sylvie VALLEE-COUTURE, sous-directrice « logement, vie sociale et solidarité », direction des politiques familiales et sociales (DPFAS)
- M. Guillaume GEORGES, responsable du pôle « solidarité, insertion et contentieux », direction des politiques familiales et sociales (DPFAS)

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

- M. Olivier de CADEVILLE, directeur délégué aux opérations (DDO)
- M. Pierre FENDER, directeur de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes (DACCRF)
- M. Claude GISSOT, directeur de la stratégie, des études et des statistiques (DSES)
- M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing (DDO)
- M. Philippe ULMANN, directeur de l'offre de soins, direction déléguée à la gestion de l'offre de soins (DDGOS)
- Mme Corinne LAMARQUE, direction de l'organisation, de l'optimisation et du marketing (DDO)
- Mme Christelle GASTALDI-MENAGER, direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES)

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIES

- M. David CLAIR, directeur national de la retraite (DNR)
- Mme Christine CAMBUS, directrice juridique et réglementation nationale, direction de la retraite (DNR)

IV - ORGANISMES LOCAUX DE SECURITE SOCIALE

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU GARD

- M. Christian FATOUX, directeur
- M. Véronique ROUVIN, adjointe à la sous-direction « prestations – accueils », responsable du pôle « accès aux droits et aux soins »

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU HAINAUT

- M. Charles SERRANO, directeur
- Mme Anne-Sophie DEGORRE, directrice adjointe des prestations
- Mme Françoise DEL PIERO, responsable du département « CMU, action sanitaire et sociale, handicap »

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU VAL D'OISE

- Mme Cécile ALFOCEA, directrice
- M. Romain HENRY, directeur des prestations en nature et de l'accueil du public

URSSAF D'ILE-DE-FRANCE

- Mme Marie-Christine DURUPT, directrice du recouvrement de Paris Sud
- Mme Karine DEPEE, responsable du secteur chargé de la collecte de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance

V - INSTANCES REPRESENTATIVES DES ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE (CTIP)

- M. Jean-Paul LACAM, délégué général
- Evelyne GUILLET, directrice santé
- Magali SIERRA, chargée de mission santé
- Florence ATGER, chargée de mission santé

FEDERATION FRANCAISE DES SOCIETES D'ASSURANCE (FFSA)

- Mme Véronique CAZALS, conseillère du président
- M. Alain ROUCHE, directeur santé

FEDERATION NATIONALE DE LA MUTUALITE FRANCAISE (FNMF)

- Mme Agnès BOCOGNANO, directrice santé
- M. Olivier BACHELLERY, chargé de mission

FEDERATION NATIONALE INDEPENDANTE DES MUTUELLES (FNIM)

- M. Philippe MIXE, président