


janvier 2007

rapport n° III :
évaluation de la loi CMU

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

Rapport préparé par le
Fonds CMU – Tour Onyx
10, rue Vandrezanne
75013 PARIS
Tel : 01 58 10 11 90
Fax : 01 58 10 11 99
accueil@fonds-cmu.gouv.fr
www.cmu.fr

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	4
1. FAVORISER L'ACCES A LA PROTECTION MALADIE COMPLEMENTAIRE DES POPULATIONS DEMUNIES.....	5
1.1. UNE PROTECTION MALADIE COMPLEMENTAIRE INDISPENSABLE	5
1.2. LA CMU COMPLEMENTAIRE	6
1.2.1. Présentation du dispositif et de ses évolutions	6
1.2.1.1. De l'aide médicale à la CMU-C	6
1.2.1.2. La loi 27 juillet 1999 et ses trois composantes	7
1.2.1.3. Evolution de la CMU-C de 2000 à 2006.....	7
1.2.2. Données relatives à la CMU-C.....	8
1.2.2.1. Les effectifs de la CMU-C.....	8
1.2.2.2. Les ressortissants du régime général.....	9
1.2.2.3. Les ressortissants des régimes agricoles	11
1.2.2.4. Les ressortissants du régime des travailleurs indépendants	12
1.2.2.5. Répartition territoriale	13
1.2.3. L'implication des organismes complémentaires dans le dispositif CMU	16
1.2.3.1. Mesure de l'implication des organismes complémentaires.....	17
1.2.3.2. Causes internes du niveau d'implication des organismes complémentaires	19
1.2.3.3. Facteurs externes explicatifs du niveau d'implication des organismes complémentaires	20
1.2.3.4. Renforcer la place des organismes complémentaires.....	21
1.2.3.5. L'échec des contrats de sortie.....	21
1.3. L'AIDE COMPLEMENTAIRE SANTE.....	26
1.3.1. Présentation du dispositif et de ses évolutions	26
1.3.2. Données relatives à l'aide complémentaire santé.....	28
1.3.2.1. Montée en charge du dispositif.....	28
1.3.2.2. Les bénéficiaires de l'ACS dans les organismes complémentaires.....	28
1.3.2.3. L'enquête sur les prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS.....	29
1.3.3. Les fonds d'accompagnement à la protection complémentaire	32
1.3.3.1. L'action des organismes complémentaires	32
1.3.3.2. L'action sociale des caisses d'assurance maladie du régime général.....	33
1.3.3.3. L'action sociale des autres caisses d'assurance maladie.....	35
1.3.3.4. L'aide à la complémentaire santé financée par les départements.....	36
2. FAVORISER L'ACCES A TOUS LES SOINS POUR LES POPULATIONS DEMUNIES	37
2.1. LES DEPENSES DES BENEFICIAIRES DE LA CMU-C	37
2.1.1. Des dépenses d'un niveau proche de celui du reste de la population	37
2.1.2. Une dépense de soins un peu particulière.....	40
2.1.3. Une approche à partir de la part complémentaire de la dépense de soins.....	41
2.1.4. Une évolution de la dépense CMU-C proche de celle de l'ONDAM.....	42
2.2. L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS DEMUNIES	43
2.2.1. Une structure spécifique de la population bénéficiant de la CMU	43
2.2.2. Des inégalités fortes en matière de santé	44
2.2.3. ...dont les causes dépassent le seul accès aux soins.....	45
2.2.4. Le regard de l'ONPES, de l'ONZUS et du CNLE.....	47
2.2.5. CMU et état de santé	48

2.3.	LES REFUS DE SOINS	49
2.3.1.	<i>Définir le refus de soins</i>	<i>49</i>
2.3.2.	<i>Mesurer le refus de soins</i>	<i>50</i>
2.3.2.1.	Les données recueillies	50
2.3.2.2.	La méthode du testing	52
2.3.2.3.	Méthode statistique	52
2.3.2.4.	Le bénéficiaire de la CMU ne signale pas les refus de soins	53
2.3.3.	<i>Les règles actuelles.....</i>	<i>54</i>
2.3.3.1.	Le code de déontologie	55
2.3.3.2.	La délibération de la HALDE	57
2.3.4.	<i>La CMU dans le parcours de soins : le cas des médecins</i>	<i>58</i>
2.3.4.1.	Le bénéficiaire de la CMU et le parcours de soins	58
2.3.4.2.	La déclaration de médecin traitant	59
2.3.4.3.	L'enjeu de la carte Vitale	59
2.3.4.4.	Sensibiliser les médecins	60
2.3.5.	<i>Le cas particulier des dentistes</i>	<i>60</i>
2.3.5.1.	Des difficultés dès la mise en place de la CMU	60
2.3.5.2.	Le problème des tarifs des prothèses CMU	61
2.3.5.3.	La motion de la CNSD	62
2.3.5.4.	La nouvelle convention dentaire de mai 2006	62
2.3.6.	<i>La sensibilisation des bénéficiaires de la CMU</i>	<i>63</i>
2.3.7.	<i>La conférence organisée par Xavier Bertrand.....</i>	<i>64</i>
3.	ACCEDER A SES DROITS ; N'ACCEDER QU'A SES DROITS.....	65
3.1.	LE NON RECOURS AU DROIT.....	65
3.1.1.	<i>Le non recours à la CMU-C.....</i>	<i>65</i>
3.1.1.1.	Considérations générales sur le non recours aux prestations	65
3.1.1.2.	Des études centrées sur la CMU-C	66
3.1.1.3.	D'autres éléments d'éclairage du non recours à la CMU	69
3.1.1.4.	Un non recours contre lequel il faut réagir activement	70
3.1.2.	<i>Le non recours à l'aide complémentaire santé.....</i>	<i>71</i>
3.1.2.1.	La faible délivrance des attestations	71
3.1.2.2.	Les actions de communication	72
3.1.2.3.	La non utilisation des attestations	73
3.2.	CONTROLE DES RISQUES ET FRAUDES.....	74
3.2.1.	<i>Analyse des risques et problématiques de terrain</i>	<i>74</i>
3.2.1.1.	Facteurs de risques liés au contrôle des ressources et du patrimoine	74
3.2.1.2.	Facteurs de risques liés à la libre circulation des bénéficiaires	76
3.2.1.3.	Les limites à la suspension des prestations	78
3.2.1.4.	Risques communs avec tous les bénéficiaires de l'assurance maladie	78
3.2.2.	<i>Synthèse des enjeux liés au contrôle des risques et fraudes.....</i>	<i>79</i>
3.2.3.	<i>Réponses apportées aux risques de fraudes</i>	<i>80</i>
3.2.3.1.	Réponses des caisses d'assurance maladie	80
3.2.3.2.	Réponses législatives	80
3.2.3.3.	Réponses apportées par des textes d'application	82
3.2.3.4.	Réponses transversales des acteurs	83
3.2.4.	<i>Intégration du contrôle des risques dans le dispositif d'accès aux soins.....</i>	<i>83</i>
	CONCLUSION	85

INTRODUCTION

Par lettre du 13 juillet 2006, le directeur de la sécurité sociale du ministère de la santé et des solidarités demandait au directeur du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie de réaliser le 3^{ème} rapport d'évaluation de la loi CMU.

L'article 34 de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle prévoit en effet la remise régulière d'un tel rapport du gouvernement au parlement.

Il n'est pas question ici de reprendre les nombreuses données chiffrées disponibles : le rapport que le conseil de surveillance du Fonds CMU adresse chaque année au parlement remplit ce rôle. Dans le présent rapport, seules les données essentielles sont donc reprises.

En dehors de ces éléments, et conformément à la demande ministérielle, le rapport d'évaluation apporte une attention particulière à trois sujets.

Dans le cadre de l'accès au droit, la question du non recours à la CMU complémentaire et à l'aide complémentaire santé est préoccupante. Au delà du constat du non recours, il s'agit de mettre en œuvre une politique active de tous les acteurs pour permettre à chacun d'accéder à ses droits.

Accéder à ses droits, mais n'accéder qu'à ses droits : c'est pourquoi une partie importante du rapport traite de la question des fraudes. L'ensemble des outils est maintenant à disposition des caisses d'assurance maladie pour mener à bien leurs contrôles.

Accéder à ses droits pour accéder aux soins : la question du refus de soins aux bénéficiaires de la CMU est donc ici longuement développée et fait l'objet de nombreuses propositions.

Le présent rapport d'évaluation, réalisé par le Fonds CMU, ne saurait engager que cet établissement.
--

1. FAVORISER L'ACCES A LA PROTECTION MALADIE COMPLEMENTAIRE DES POPULATIONS DEMUNIES

1.1. Une protection maladie complémentaire indispensable

C'est une donnée factuelle, mais il est ici peut-être nécessaire de la rappeler : les régimes de base de la sécurité sociale ne prennent en charge qu'une partie des dépenses de soins. En 2005 (source DREES), 77,1 % de la dépense de soins et de biens médicaux étaient pris en charge par la sécurité sociale, 12,9 % par les assurances complémentaires santé et 8,7 % directement par les ménages. Mais cette moyenne recouvre des disparités importantes selon les types de soins : si l'assurance maladie obligatoire prend en charge 92,5 % des soins hospitaliers, sa part de financement tombe à 65,7 % pour les prestataires de soins ambulatoires (médecins, etc.) et même à 61,9 % pour les biens médicaux (médicaments, prothèses, etc.).

Ceci montre que l'intervention des assurances complémentaires santé, presque négligeable à l'hôpital, si on raisonne globalement et non par individu, est déterminante pour d'autres soins. C'est particulièrement le cas dans des secteurs comme le dentaire, l'optique et plus généralement dans les soins de première intention (qui permettent dans bien des cas de s'inscrire dans un processus de prévention).

Dans ces conditions, les pouvoirs publics ne peuvent se désintéresser de la possibilité pour la population d'être assurée en complémentaire santé. En l'absence d'obligation d'assurance (comme pour l'automobile) qui reviendrait de fait à augmenter les prélèvements et les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, il est donc indispensable que le législateur intervienne sauf à laisser sans couverture complémentaire une partie importante de la population, en particulier ceux qui n'ont pas les moyens de s'offrir une assurance complémentaire, avec toutes les conséquences induites aux niveaux sanitaire et social.

Le programme 183 des lois de finances affiche donc comme action n° 1, l'« accès à la protection maladie complémentaire » et son objectif n° 1 est de « garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources ». Cette action consiste à piloter les deux dispositifs créés pour permettre l'accès à une assurance complémentaire santé aux populations les moins favorisées financièrement : la CMU complémentaire, qui n'est rien d'autre qu'une assurance complémentaire santé gratuite, de bon niveau et encadrée pour le montant des prestations facturées, pour les plus pauvres ; l'Aide au paiement d'une assurance Complémentaire Santé (ACS) qui vise à aider financièrement, ceux dont les ressources sont à peine supérieures, à acquérir une assurance complémentaire santé sur le marché.

1.2. La CMU complémentaire

1.2.1. Présentation du dispositif et de ses évolutions

La CMU s'inscrit dans la continuité d'un certain nombre de dispositifs permettant l'accès aux soins des personnes démunies. Pour des raisons d'ordre et de santé publique, l'Etat a toujours veillé à assurer le suivi médical des populations pauvres et pouvant présenter des risques sanitaires aggravés. Mais le dispositif a naturellement évolué, en raison des progrès médicaux et sociaux. Le bref rappel qui suit vise à situer le moment de l'émergence de la CMU et à expliquer son contenu.

1.2.1.1. De l'aide médicale à la CMU-C

L'aide médicale d'après guerre a vu son champ fortement se réduire, en raison des progrès de la sécurité sociale et de l'amélioration générale et rapide des conditions de vie. Elle concernait principalement la prise en charge des hospitalisations, notamment pour les marginaux dépourvus d'assurance maladie, et les soins délivrés dans les DOM, particulièrement dans l'île de la Réunion.

La montée de la précarité à partir des années 1980 a modifié la donne. L'aide médicale de l'après guerre a été profondément réformée par la loi du 29 juillet 1992 : un certain nombre de dispositions propres à l'aide sociale ont été supprimées, comme le passage par la commission d'aide sociale, la décision au cas par cas, la distinction entre aide médicale hospitalière et aide pour l'accès à la médecine ambulatoire.

La réforme de 1992 a objectivé les conditions d'accès, désormais fondées sur des critères de revenus et ouvrant droit à l'ensemble des prestations en nature reconnues par la sécurité sociale. Les dépenses sont prises en charge en tiers payant. Cette réforme a donné une base légale aux initiatives prises par certains départements qui avaient hérité de la prestation par la loi de décentralisation et mis en place une aide médicale moderne et adaptée au système de soins (carte santé).

Ces réformes ont permis des progrès : le nombre de personnes couvertes est passé de moins de 2 millions à 3,3 millions fin 1999, et la prise en charge des soins ambulatoires s'est développée. Mais un certain nombre de dysfonctionnements ont néanmoins persisté, avec notamment des conflits négatifs de compétence entre les différents partenaires pouvant intervenir dans l'aide médicale (Etat, départements, CAF, Caisse des dépôts et consignations) et des dysfonctionnements de l'assurance maladie dans la gestion de l'assurance personnelle. Les retards dans l'accès aux droits entraînaient des abandons de droit pour les personnes les moins insérées, des retards dans l'accès aux soins et des surcoûts de gestion.

1.2.1.2. La loi 27 juillet 1999 et ses trois composantes

La loi du 29 juillet 1999 (loi créant la CMU) a largement simplifié et homogénéisé le dispositif de l'aide médicale, en centralisant la compétence d'aide médicale des départements au niveau de l'Etat et en confiant l'admission et la liquidation de la prestation aux régimes obligatoires d'assurance maladie.

La loi du 27 juillet 1999 comporte trois volets.

La couverture maladie universelle proprement dite (dite CMU de base) remplace l'assurance personnelle. La loi réaffirme le principe que toute personne résidant en France en situation régulière a obligatoirement accès aux prestations en nature de l'assurance maladie, si cette protection n'est pas déjà assurée à un autre titre. Cette couverture maladie universelle est assurée par le régime général et financée par celui-ci (après transfert de nouvelles recettes équivalentes à la CNAMTS à partir de 2000). Cette prestation de sécurité sociale est contributive au-delà d'un seuil de ressources. Environ 1,5 million de personnes sont concernées, dont 25 000 cotisants (50 000 avec les ayants droit).

La protection complémentaire en matière de santé (dite CMU-C) remplace l'aide médicale des départements et de l'Etat pour les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond de ressources. Cette prestation, véritable complémentaire santé gratuite pour ses bénéficiaires, couvre 7,8 % de la population, et la gestion peut en être assurée soit par les régimes obligatoires, soit par des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance) volontaires pour gérer cette prestation. Le contenu de la prestation est défini par la loi : sont prises en charge les dépenses reconnues par la sécurité sociale, le forfait hospitalier et un certain nombre de dépassements tarifaires pour appareillage (dentaire, optique, etc.). Les professionnels de santé ont obligation de respecter les tarifs (secteur 1 pour les médecins) et de pratiquer le tiers payant. Cette prestation de solidarité est financée par l'Etat (dotation budgétaire, taxes affectées dont celle payée par les complémentaires santé sur leur chiffre d'affaire – 2,5 %) par l'intermédiaire du Fonds CMU. 4,8 millions de personnes sont concernées par la CMU-C.

Avec la CMU et la CMU-C, le législateur a voulu permettre à tous, et en particulier aux plus pauvres, l'accès au système de santé dans toutes ses composantes (hôpital, médecine libérale, etc.) dans des conditions identiques.

L'aide médicale de l'Etat permet l'accès aux soins des personnes résidant en France, mais ne remplissant pas la condition de régularité de séjour. Elle a un caractère résiduel et les prestations sont intégralement prises en charge par l'Etat (les personnes ne peuvent être assurées sociales). 179 000 personnes sont concernées (données du 4^{ème} trimestre 2005).

1.2.1.3. Evolution de la CMU-C de 2000 à 2006

La loi du 27 juillet 1999 n'a pas fait l'objet d'évolutions législatives ou réglementaires majeures depuis 6 ans : la prestation a trouvé son rythme de croisière. Le principal développement est apparu dans la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, qui a instauré le crédit d'impôt (aide complémentaire santé) au titre des contrats d'assurance complémentaire. Ce dispositif vise à

aider à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire pour les personnes dont les ressources sont proches du seuil d'accès à la CMU. Comme pour la CMU-C, l'admission à l'aide à la complémentaire santé est gérée par les régimes obligatoires pour l'examen des ressources et pour la délivrance des attestations de droit à faire valoir sur les contrats proposés par les organismes d'assurance complémentaire santé.

1.2.2. Données relatives à la CMU-C

1.2.2.1. Les effectifs de la CMU-C

Les 3,3 millions d'anciens bénéficiaires de l'aide médicale ont obtenu automatiquement la CMU-C le 1^{er} janvier 2000.

Les résultats présentés dans le tableau ci-dessous donnent la moyenne annuelle du nombre des bénéficiaires décomptés dans tous les régimes contributifs du droit. L'année 2002 enregistre une baisse de 8,2 % des effectifs, à l'occasion de la révision du droit des anciens bénéficiaires de l'aide médicale. Cette baisse ne traduit donc pas une évolution de la conjoncture, mais un simple effet administratif.

A partir de 2004, la prestation évolue faiblement, de l'ordre de 1 % de hausse chaque année, et les premiers résultats de 2006 ne marquent pas d'inflexion notable. On ne constate pas de différence majeure entre le taux d'évolution des effectifs en métropole et dans les DOM.

Les organismes complémentaires volontaires pour gérer la CMU-C ont commencé à accueillir des bénéficiaires à partir de janvier 2000, et il est normal que leur croissance ait été particulièrement forte les premières années (effet de rattrapage). Cette part se situe à 12,8 % des effectifs totaux en 2006.

	Métropole	DOM	Total CMU-C	Dont OC
Moyenne 2000	4 186 577	587 021	4 773 598	273 683
Moyenne 2001	4 341 344	639 458	4 980 802	532 613
Moyenne 2002	3 981 018	591 947	4 572 965	646 474
Moyenne 2003	4 085 943	602 684	4 688 627	668 304
Moyenne 2004	4 122 855	612 132	4 734 987	658 269
Moyenne 2005	4 181 022	614 271	4 795 293	634 236
Moyenne 2006 (provisoire)	4 209 170	632 849	4 842 019	614 409
Taux Croissance 2001	3,7 %	8,9 %	4,3 %	94,6 %
Taux Croissance 2002	-8,3 %	-7,4 %	-8,2 %	21,4 %
Taux Croissance 2003	2,6 %	1,8 %	2,5 %	3,4 %
Taux Croissance 2004	0,9 %	1,6 %	1,0 %	-1,5 %
Taux Croissance 2005	1,4 %	0,3 %	1,3 %	-3,7 %
Taux Croissance 2006	0,7 %	3,0 %	1,0 %	-3,1 %

Source : tous régimes.

En terme d'attribution du droit, le régime général est largement prédominant, avec 91,7 % des effectifs. Il abrite, outre les salariés et les demandeurs d'emploi, les personnes se trouvant en situation de grande précarité.

Les deux régimes professionnels (CCMSA et RSI) ont un poids relativement proche, avec environ 150 000 bénéficiaires. Ils suivent toutefois une évolution inverse : les effectifs de la CCMSA ont tendance à baisser, alors que le nombre des ressortissants du RSI croît nettement.

Il y a sept « petits régimes ». Certains n'ont que quelques bénéficiaires (Clercs de notaire, RATP, SNCF, mines) et 3 régimes ont des effectifs un peu plus importants (militaires, marins et cultes). Les sections locales mutualistes dont les ressortissants sont gérés pour le compte du régime général sont pour l'essentiel des mutuelles étudiantes. Deux autres SLM ont des effectifs significatifs : la MGEN et la Mutuelle générale.

Régimes d'attribution Moyenne 2005	Métropole	DOM	Total	Dont OC	Part OC (en %)
CNAMTS	3 802 913	592 741	4 395 655	534 939	12,2
CCMSA	138 767	14 194	152 961	21 648	14,2
RSI	140 579	7 336	147 915	31 275	21,1
Petits régimes	10 751	NR	10 751	1 334	12,4
SLM	88 011	NR	88 011	45 040	51,2
Total	4 181 022	614 271	4 795 293	634 236	13,2

Source : tous régimes.

1.2.2.2. Les ressortissants du régime général

La répartition des bénéficiaires de la CMU-C ressortissants du régime général sur le territoire reflète largement les inégalités économiques : les départements de la zone méditerranéenne, du Nord-Pas-de-Calais, de la Seine-Saint-Denis ont les taux de CMU les plus forts en métropole (moyenne métropole de 6,9 %). Les taux sont beaucoup plus élevés dans les DOM, avec 35 % de la population à la CMU-C.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont beaucoup plus jeunes que les assurés de la population générale : 44 % de la population a moins de 20 ans (25 % en population générale), 31,5 % entre 20 et 40 ans (27 % en population générale). Les femmes entre 20 et 40 ans sont particulièrement présentes dans la prestation : 58 % des bénéficiaires de cette tranche d'âge, contre 49,9 % de la population générale. Tous âges confondus, 53,6 % des assurés CMU-C sont des femmes.

CNAMTS métropole Tranches d'âge	Assurés		Ayants droit		TOTAL 2 004
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
0/20 ans	78 370	78 573	866 430	840 223	1 863 596
20/40 ans	491 625	647 437	60 155	126 954	1 326 171
40/60 ans	364 177	397 699	19 516	81 653	863 045
60 à plus	69 936	68 607	3 604	12 673	154 820
Total	1 004 108	1 192 316	949 705	1 061 503	4 207 632
0/20 ans	7,8 %	6,6 %	91,2 %	79,2 %	44,3 %
20/40 ans	49,0 %	54,3 %	6,3 %	12,0 %	31,5 %
40/60 ans	36,3 %	33,4 %	2,1 %	7,7 %	20,5 %
60 à plus	7,0 %	5,8 %	0,4 %	1,2 %	3,7 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : CNAMTS.

Population INSEE 2004 métropole			
Tranches d'âge	Hommes	Femmes	TOTAL
0/20 ans	7 718 147	7 377 015	15 095 162
20/40 ans	8 218 178	8 186 663	16 404 841
40/60 ans	8 070 355	8 294 069	16 364 424
60 à plus	5 311 702	7 163 871	12 475 573
Total	29 318 382	31 021 618	60 340 000
0/20 ans	26,3 %	23,8 %	25,0 %
20/40 ans	28,0 %	26,4 %	27,2 %
40/60 ans	27,5 %	26,7 %	27,1 %
60 à plus	18,1 %	23,1 %	20,7 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : INSEE.

Cette différence dans les structures d'âge est explicable par les barèmes de la CMU qui excluent du bénéfice de la prestation les personnes touchant des revenus au niveau du minimum vieillesse après 65 ans. Le niveau de vie des personnes vivant avec 598 € (niveau du barème CMU-C, avant déduction du forfait logement) n'est pas très différent de celles qui vivent avec 610 € (minimum vieillesse). Ces données confirment néanmoins les résultats mis en lumière par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale : la pauvreté touche de plus en plus des familles jeunes, et notamment les femmes seules avec des enfants.

L'importance de la CMU-C pour assurer la protection sociale de certains publics est confirmée par des études plus ciblées. Une analyse de la CNAMTS à partir de la base de données ERASME (à paraître) sur la consommation de soins des assurés sociaux montre que 16 % des enfants de moins de 10 ans du régime général de métropole sont des ressortissants de la CMU-C (14 % pour les jeunes entre 10 et 20 ans). Un autre travail réalisé dans le cadre de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles établit que 25 % des personnes de moins de 60 ans vivant dans les zones prioritaires de la politique de la ville relèvent de la CMU-C (à paraître).

La CMU-C est souvent perçue comme une prestation concernant principalement la grande exclusion. Si les exclus sont concernés par la CMU-C, la grande exclusion ne concerne qu'une petite fraction (moins de 200 000) des assurés protégés par la CMU (4,8 millions). Les données statistiques précédentes montrent qu'il s'agit principalement d'une prestation concernant les familles et les enfants.

Il convient de noter que les services de la CNAMTS doivent dans les prochains mois réviser les procédures de remontées statistiques : certains double comptes resteraient en effet présents dans celle-ci et le nombre de bénéficiaires de la CMU pourrait ainsi être revu à la baisse.

1.2.2.3. Les ressortissants des régimes agricoles

Les ressortissants de la CCMSA se répartissent en deux populations dont le profil est très différent : les salariés agricoles et les exploitants agricoles.

CCMSA décembre 2005	RO	OC	Total	Taux OC
Salariés métropole	96 458	11 571	108 029	11 %
Non salariés métropole	22 895	8 120	31 015	26 %
Non salariés DOM	13 042	851	13 893	6 %
Total	132 395	20 542	152 937	13 %

Source : CCMSA.

Les salariés agricoles qui représentent 78 % des effectifs de la CCMSA de la métropole (dans les DOM, les salariés agricoles sont gérés dans les CGSS). Ils sont plus nombreux dans les zones d'agriculture intensive (PACA, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais).

Les exploitants résident plutôt dans des régions moins développées, comme l'Auvergne, la Corse, le Limousin, la région Midi-Pyrénées. Les 13 900 exploitants agricoles des DOM représentent plus de 30 % des effectifs de l'ensemble des exploitants agricoles bénéficiaires de la CMU.

Les données démographiques confirment que les salariés sont nettement plus jeunes et ont plus d'enfants que les exploitants : le profil démographique est similaire à celui du régime général. On peut noter par ailleurs que la part des hommes est sensiblement plus élevée que dans le régime général (53 % des effectifs).

CCMSA métropole Décembre 20005	Non salariés	Salariés
0/20 ans	32,8 %	41,4 %
20/40 ans	17,3 %	25,6 %
40/60 ans	38,3 %	26,8 %
60 à plus	11,6 %	6,3 %
Total	100,0 %	100,0 %

Source : CCMSA.

Les effectifs des ressortissants CMU-C de la CCMSA sont en légère décroissance depuis 2004 en métropole. La tendance semble se maintenir sur les huit premiers mois de 2006. Les données concernant les DOM sont plus fluctuantes, mais il s'agit probablement plus de difficultés dans les dénombrements que de modifications réelles des effectifs.

Le régime agricole est par lui-même en baisse en matière d'effectifs : - 1,1 % en 2003 par rapport à 2002, - 1,7 % en 2004 par rapport à 2003 (- 2,7 % pour les exploitants, - 0,5 % pour les salariés). Il s'agit d'une tendance de long terme de repli du régime. La part des bénéficiaires de la CMU parmi les ressortissants CCMSA reste donc pratiquement inchangée sur les 3 dernières années.

MSA	Métropole	DOM	Total
Moyenne 2000	152 489	Non disponible	152 489
Moyenne 2001	160 297	3 333	163 630
Moyenne 2002	146 846	16 433	163 279
Moyenne 2003	140 391	14 842	155 233
Moyenne 2004	139 093	15 478	154 571
Moyenne 2005	138 767	14 194	152 961
Moyenne 2006 (sur 8 mois)	138 593	14 243	152 836
Croissance 2001	5,1 %	NS	7,3 %
Croissance 2002	-8,4 %	NS	-0,2 %
Croissance 2003	-4,4 %	-9,7 %	-4,9 %
Croissance 2004	-0,9 %	4,3 %	-0,4 %
Croissance 2005	-0,2 %	-8,3 %	-1,0 %
Croissance 2006 (sur 8 mois)	-0,1 %	0,3 %	-0,1 %

Source : CCMSA.

1.2.2.4. Les ressortissants du régime des travailleurs indépendants

Les bénéficiaires de la CMU-C du Régime social des indépendants (RSI) peuvent avoir différentes origines professionnelles. Les commerçants sont les plus nombreux, suivis des artisans. Les professions libérales sont très peu présentes dans la prestation.

Dans les DOM, les artisans sont presque aussi nombreux que les commerçants.

Décembre 2004	Artisans	Commerçants	Professions libérales
Métropole	24,9 %	71,4 %	3,6 %
DOM	43,5 %	56,1 %	0,4 %
Total	25,8 %	70,7 %	3,5 %

Source : RSI.

En matière sociodémographique, les personnes bénéficiaires de la CMU-C entre 40 et 60 ans, tout comme celles qui ont plus de 60 ans, sont proportionnellement plus nombreuses dans la prestation que dans le régime général. Il s'agit aussi d'un public plus masculin (53 % d'hommes).

Tranches d'âge 2004	Assurés		Ayants droit		TOTAL
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
0/20 ans	3	7	24 659	23 226	47 895
20/40 ans	14 667	6 722	4 099	10 868	36 356
40/60 ans	26 453	12 297	1 639	9 419	49 808
60 à plus	6 276	4 750	426	2 008	13 460
Total	47 399	23 776	30 823	45 521	147 519
0/20 ans	0,0 %	0,0 %	80,0 %	51,0 %	32,5 %
20/40 ans	30,9 %	28,3 %	13,3 %	23,9 %	24,6 %
40/60 ans	55,8 %	51,7 %	5,3 %	20,7 %	33,8 %
60 à plus	13,2 %	20,0 %	1,4 %	4,4 %	9,1 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : RSI.

Contrairement aux autres régimes qui ont de faibles évolutions de leurs effectifs sur les deux dernières années (environ + 1 %), le RSI connaît une forte progression de ses effectifs. Les données partielles sur 2006 confirment la tendance.

L'évolution est particulièrement vive dans les DOM. Il faut toutefois prendre en compte le fait que cette croissance concerne des effectifs relativement faibles : en valeur absolue, la croissance de 2005 concerne 8 300 personnes en métropole, et 1 000 dans les DOM.

RSI	Métropole	DOM	Total
Moyenne 2000	109 457	4 237	113 695
Moyenne 2001	122 791	5 094	127 885
Moyenne 2002	115 721	4 617	120 337
Moyenne 2003	120 718	5 279	125 997
Moyenne 2004	132 208	6 311	138 519
Moyenne 2005	140 579	7 336	147 915
Moyenne 2006 (sur 8 mois)	157 132	9 163	166 295
Croissance 2001	12,2 %	20,2 %	12,5 %
Croissance 2002	-5,8 %	-9,4 %	-5,9 %
Croissance 2003	4,3 %	14,3 %	4,7 %
Croissance 2004	9,5 %	19,6 %	9,9 %
Croissance 2005	6,3 %	16,2 %	6,8 %
Croissance 2006 (sur 8 mois)	11,8 %	24,9 %	12,4 %

Source : RSI.

Différents éléments permettent d'expliquer cette évolution contrastée.

Les effectifs des assurés du régime des travailleurs indépendants augmentent depuis 3 ans, notamment en raison de la forte dynamique des aides à la création d'entreprise en métropole. Le nombre de bénéficiaires du RMI dont l'assurance maladie est gérée par le RSI a lui aussi augmenté sur les dernières années. La pratique des services du RSI, ouvrant systématiquement les droits à la CMU-C lors de l'attribution du RMI, fait par ailleurs diminuer le non recours à la prestation. Le nombre des assurés relevant du RSI disposant de faibles ressources augmente lui aussi fortement : en métropole, le nombre d'assurés assujettis à la cotisation forfaitaire minimum a augmenté de 62 % depuis 2001. Cette évolution est en partie liée à l'augmentation du nombre de créateurs d'entreprise.

Dans les DOM, la situation économique de la Réunion s'est aggravée avec l'épidémie de chikungunya qui a affecté le tourisme. Pour les Antilles-Guyane, une campagne d'information a élargi le public demandeur.

1.2.2.5. Répartition territoriale

La CMU est concentrée sur un certain nombre de départements : dans les DOM, en premier lieu, qui regroupe 3 % de la population française, mais 13 % des bénéficiaires de la CMU-C. Les 10 départements de métropole qui ont les plus forts effectifs CMU-C représentent 27 % de la population de la métropole, mais 37 % des bénéficiaires. Nombre de bénéficiaires de la CMU bénéficient également du RMI, et la répartition géographique des deux prestations est sensiblement la même.

Les départements où les taux de bénéficiaires par rapport à la population sont faibles ne sont pas nécessairement des départements « riches » comme les Yvelines par exemple. Ce sont souvent ceux où les écarts de revenus sont relativement faibles (départements de l'Ouest par exemple).

Effectifs CMU 31/03/2006 (hors SLM et autres)	Population estimée 2004 INSEE	CNAMTS	CC- MSA	RSI	CMU TOTAL			Taux CMU/ population
					RO	OC	Total	
01- Ain	546 949	18 202	347	570	11 501	7 618	19 119	3,5 %
02- Aisne	535 692	43 795	1 374	909	43 351	2 727	46 078	8,6 %
03- Allier	344 216	20 712	811	1 157	20 916	1 764	22 680	6,6 %
04- Alpes de Hte-Provence	144 397	7 812	660	574	8 111	936	9 046	6,3 %
05- Hautes-Alpes	126 876	3 438	660	280	3 451	928	4 378	3,5 %
06- Alpes-Maritimes	1 048 836	55 674	614	2 635	56 663	2 260	58 923	5,6 %
07- Ardèche	298 412	15 440	2 056	998	8 861	9 633	18 494	6,2 %
08- Ardennes	287 147	23 772	913	783	21 783	3 685	25 468	8,9 %
09- Ariège	141 728	10 574	1 070	1 245	11 910	979	12 889	9,1 %
10- Aube	292 635	22 418	1 035	544	22 200	1 797	23 997	8,2 %
11- Aude	328 783	28 113	2 578	1 848	31 389	1 150	32 539	9,9 %
12- Aveyron	270 791	9 048	872	811	10 094	637	10 731	4,0 %
13- Bouches-du-Rhône	1 878 172	223 565	3 318	6 678	228 328	5 233	233 561	12,4 %
14- Calvados	664 248	41 312	1 618	1 282	26 097	18 115	44 212	6,7 %
15- Cantal	148 876	5 302	978	854	6 740	394	7 134	4,8 %
16- Charente	343 422	22 179	2 043	1 656	23 577	2 301	25 878	7,5 %
17- Charente-Maritime	586 030	34 603	3 271	1 789	33 784	5 879	39 663	6,8 %
18- Cher	312 845	20 946	1 230	1 196	20 151	3 221	23 372	7,5 %
19- Corrèze	233 743	8 092	919	524	9 127	408	9 535	4,1 %
2A- Corse-du-Sud	124 072	6 612	1 426	375	7 501	912	8 413	6,8 %
2B- Haute-Corse	147 784	9 857	0	508	9 591	774	10 365	7,0 %
21- Côte-d'Or	512 272	24 843	836	1 160	10 901	15 938	26 839	5,2 %
22- Côtes-d'Armor	559 075	21 177	1 691	1 554	15 786	8 636	24 422	4,4 %
23- Creuse	122 626	6 905	958	547	7 045	1 365	8 410	6,9 %
24- Dordogne	398 259	19 890	2 931	1 868	22 044	2 645	24 689	6,2 %
25- Doubs	506 838	28 964	468	863	23 590	6 705	30 295	6,0 %
26- Drôme	457 651	28 490	3 069	2 750	13 277	21 032	34 309	7,5 %
27- Eure	557 616	27 044	948	1 106	25 217	3 881	29 098	5,2 %
28- Eure-et-Loir	414 348	22 126	347	657	18 598	4 532	23 130	5,6 %
29- Finistère	871 296	31 887	1 819	2 083	24 511	11 278	35 789	4,1 %
30- Gard	663 732	65 712	10 250	3 629	74 858	4 733	79 591	12,0 %
31- Haute-Garonne	1 129 207	76 745	877	4 239	77 016	4 845	81 861	7,2 %
32- Gers	177 427	7 265	733	418	7 774	642	8 416	4,7 %
33- Gironde	1 361 832	74 283	5 201	5 202	72 607	12 079	84 686	6,2 %
34- Hérault	969 622	93 377	5 832	6 054	93 860	11 403	105 263	10,9 %
35- Ille-et-Vilaine	905 553	35 533	1 270	1 803	28 996	9 610	38 606	4,3 %
36- Indre	231 224	11 285	471	440	10 815	1 381	12 196	5,3 %
37- Indre-et-Loire	567 388	27 495	1 139	1 022	21 328	8 328	29 656	5,2 %
38- Isère	1 144 656	51 047	834	2 310	44 529	9 662	54 191	4,7 %
39- Jura	253 430	10 919	435	561	9 763	2 152	11 915	4,7 %
40- Landes	347 883	15 213	1 311	1 183	14 654	3 053	17 707	5,1 %
41- Loir-et-Cher	320 514	16 412	1 152	613	12 379	5 798	18 177	5,7 %
42- Loire	731 585	39 757	862	2 840	30 437	13 022	43 459	5,9 %
43- Haute-Loire	216 476	6 691	753	521	4 911	3 054	7 965	3,7 %
44- Loire -Atlantique	1 187 276	56 791	1 416	4 968	45 031	18 144	63 175	5,3 %
45- Loiret	633 467	34 675	1 070	1 909	32 178	5 476	37 654	5,9 %
46- Lot	166 604	7 504	900	678	7 804	1 278	9 082	5,5 %
47- Lot-et-Garonne	315 325	19 105	3 483	1 218	22 646	1 160	23 806	7,5 %
48- Lozère	75 349	2 730	884	158	3 381	391	3 772	5,0 %
49- Maine-et-Loire	749 611	34 874	2 933	1 179	30 923	8 063	38 986	5,2 %

Effectifs CMU 31/03/2006 (hors SLM et autres)	Population estimée 2004 INSEE	CNAMTS	CC- MSA	RSI	CMU TOTAL			Taux CMU/ population
					RO	OC	Total	
50- Manche	486 670	21 987	1 299	1 014	18 989	5 311	24 300	5,0 %
51- Marne	561 327	33 432	1 010	1 084	32 655	2 871	35 526	6,3 %
52- Haute-Marne	188 725	11 576	577	570	10 027	2 696	12 723	6,7 %
53- Mayenne	292 227	10 043	475	666	8 192	2 992	11 184	3,8 %
54- Meurthe-et-Moselle	721 942	43 335	607	1 976	40 300	5 618	45 918	6,4 %
55- Meuse	192 552	11 552	514	432	8 912	3 586	12 498	6,5 %
56- Morbihan	675 330	23 933	2 956	1 940	16 581	12 248	28 829	4,3 %
57- Moselle	1 032 064	48 968	453	1 910	47 648	3 683	51 331	5,0 %
58- Nièvre	221 263	13 464	765	576	11 444	3 361	14 805	6,7 %
59- Nord	2 576 237	275 480	3 953	6 555	271 753	14 235	285 988	11,1 %
60- Oise	779 876	43 041	889	1 152	44 192	890	45 082	5,8 %
61- Orne	292 520	17 058	795	599	15 603	2 849	18 452	6,3 %
62- Pas-de-Calais	1 449 508	149 119	2 859	2 671	143 403	11 246	154 649	10,7 %
63- Puy-de-Dôme	616 962	29 817	1 344	2 283	27 042	6 402	33 444	5,4 %
64- Pyrénées-Atlantiques	626 177	31 013	1 247	2 241	28 143	6 358	34 501	5,5 %
65- Hautes-Pyrénées	227 126	11 342	438	1 161	11 788	1 153	12 941	5,7 %
66- Pyrénées-Orientales	420 397	45 308	3 318	2 288	49 286	1 628	50 914	12,1 %
67- Bas-Rhin	1 062 432	47 923	714	1 690	46 912	3 415	50 327	4,7 %
68- Haut-Rhin	730 093	32 081	422	963	31 861	1 605	33 466	4,6 %
69- Rhône	1 645 653	112 911	2 038	3 567	109 781	8 735	118 516	7,2 %
70- Haute-Saône	233 056	10 075	231	859	9 753	1 412	11 165	4,8 %
71- Saône-et-Loire	546 019	25 445	981	1 178	22 152	5 452	27 604	5,1 %
72- Sarthe	540 495	29 296	1 155	1 360	24 907	6 904	31 811	5,9 %
73- Savoie	392 156	13 696	245	819	9 943	4 817	14 760	3,8 %
74- Haute-Savoie	676 198	19 781	401	1 151	17 557	3 776	21 333	3,2 %
75- Paris	2 158 489	193 030	1 482	4 737	187 908	11 341	199 249	9,2 %
76- Seine-Maritime	1 246 925	94 401	1 318	3 104	80 901	17 922	98 823	7,9 %
77- Seine-et-Marne	1 253 637	58 426	0	1 277	46 867	12 836	59 703	4,8 %
78- Yvelines	1 386 927	51 449	0	880	42 069	10 260	52 329	3,8 %
79- Deux-Sèvres	351 069	14 414	1 142	676	11 222	5 010	16 232	4,6 %
80- Somme	558 938	47 571	1 533	1 343	48 286	2 161	50 447	9,0 %
81- Tarn	356 129	21 567	2 110	1 383	23 435	1 625	25 060	7,0 %
82- Tarn-et-Garonne	218 298	14 369	2 677	1 233	17 204	1 075	18 279	8,4 %
83- Var	950 382	66 565	4 201	3 461	66 836	7 391	74 227	7,8 %
84- Vaucluse	517 717	42 151	6 155	1 756	46 401	3 661	50 062	9,7 %
85- Vendée	574 453	17 438	932	1 011	12 933	6 448	19 381	3,4 %
86- Vienne	406 647	23 818	1 162	857	21 660	4 177	25 837	6,4 %
87- Haute-Vienne	356 083	22 027	1 166	1 102	21 612	2 683	24 295	6,8 %
88- Vosges	382 121	21 039	612	824	18 093	4 382	22 475	5,9 %
89- Yonne	336 523	18 502	781	730	16 153	3 860	20 013	5,9 %
90- Territoire de Belfort	139 422	9 635	115	274	7 301	2 723	10 024	7,2 %
91- Essonne	1 169 566	63 170	0	1 576	63 928	818	64 746	5,5 %
92- Hauts-de-Seine	1 490 783	74 638	0	1 546	71 937	4 247	76 184	5,1 %
93- Seine-Saint-Denis	1 413 293	178 016	0	2 650	175 896	4 770	180 666	12,8 %
94- Val-de-Marne	1 255 639	82 380	0	2 097	80 662	3 815	84 477	6,7 %
95- Val-d'Oise	1 136 158	74 335	0	1 336	74 088	1 583	75 671	6,7 %
METROPOLE	60 200 000	3 830 822	137 738	155 307	3 616 200	507 667	4 123 867	6,9 %
971- Guadeloupe	443 000	122 303	1 293	1 889	68 817	56 667	125 484	28,3 %
972- Martinique	393 000	111 930	1 402	1 253	91 718	22 867	114 585	29,2 %
973- Guyane	185 000	69 283	2 110	825	71 411	807	72 218	39,0 %
974- Réunion	763 204	304 868	9 371	4 887	319 073	53	319 126	41,8 %
DOM	1 784 204	608 384	14 176	8 854	551 019	80 394	631 413	35,4 %
TOTAL FRANCE	61 984 204	4 439 206	151 914	164 161	4 167 219	588 061	4 755 280	7,7 %

Sources : tous régimes. Pour la CCMSA, les ressortissants de l'Île-de-France sont totalisés sur Paris.

1.2.3. L'implication des organismes complémentaires dans le dispositif CMU

Depuis l'origine, l'implication des organismes complémentaires dans le dispositif a fait partie intégrante de la préoccupation du législateur. Il s'agissait en effet dans l'esprit de la loi de permettre aux bénéficiaires de la CMU complémentaire d'accéder à une couverture complémentaire santé dans des conditions identiques à celles du droit commun, et ce dans le souci de prévenir toute stigmatisation de cette population.

Pourtant, les organismes complémentaires ne gèrent aujourd'hui que 12,8 % des contrats de bénéficiaires de la CMU et seulement 25 % d'entre eux gèrent des contrats de CMU complémentaire. Cette double statistique, communément utilisée pour évaluer la participation des organismes complémentaires au dispositif, montre une implication en apparence limitée.

Toutefois, si un organisme complémentaire gérant 100 contrats se retire du dispositif, son retrait n'aura pas le même impact sur la CMU complémentaire que celui d'un organisme gérant 10 000 contrats. C'est pourquoi il apparaît essentiel que les statistiques puissent prendre en compte l'effet taille des organismes complémentaires participant au dispositif (en fonction de leur chiffre d'affaires), ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Il est utile de rappeler que les bénéficiaires de la CMU complémentaire bénéficient du tiers payant sur l'ensemble de leurs soins de santé et que les tarifs des professionnels de santé sont encadrés pour éviter toute charge individuelle (interdiction des dépassements par exemple). Au moment de l'attribution du droit et lors de l'exercice de ce droit, la caisse d'assurance maladie assure la transmission des informations à l'organisme complémentaire éventuellement choisi. Pour le bénéficiaire, aucun contact particulier avec le gestionnaire de sa complémentaire n'est nécessaire. Cette gestion apparaît transparente pour le bénéficiaire et le choix d'un organisme complémentaire ou de la caisse d'assurance maladie est donc neutre pour ce dernier (en dehors du bénéfice éventuel du contrat de sortie en cas de choix d'un organisme complémentaire).

1.2.3.1. Mesure de l'implication des organismes complémentaires

Le raisonnement en terme de nombre d'organismes complémentaires gestionnaires de contrats CMU et de nombre de personnes couvertes laisserait croire au premier abord à une participation plutôt faible de ces derniers.

Données collectées au 31 août 2006	Nombre d'OC inscrits	Structure en %	Nombre moyen de bénéficiaires	Structure en %
Mutuelles	217	85,43	478 537	79,04
IP	10	3,94	11 342	1,87
Assurances	27	10,63	115 561	19,09
Total inscrits	254 (25,63 %)	100	-	100
Total OC	991	-	605 440 (12,8 % du total des bénéficiaires)	-

Source : déclarations des organismes complémentaires au Fonds CMU.

Cependant, si l'on complète l'analyse en observant cette implication à partir de la part du chiffre d'affaires santé déclaré au Fonds CMU par les organismes inscrits sur les listes préfectorales, rapporté au total de l'assiette déclarée par l'ensemble des organismes, on constate que les organismes inscrits représentent 53,0 % du total des organismes, en progression par rapport au niveau atteint fin 2005 (52,4 %). Parmi les organismes inscrits, ce sont les sociétés d'assurances qui montrent l'implication la plus importante selon cette méthode (69,0 % du chiffre d'affaires santé global déclaré par celles-ci).

Trois trimestres 2006	Mutuelles	IP	Assurances	Total
Assiette des OC inscrits sur les listes préfectorales (en K€)	2 039 369	360 005	1 133 255	3 522 719
Part des organismes inscrits dans l'assiette totale des OC (en %)	52,08	32,27	69,00	53,03

Source : déclarations des organismes complémentaires au Fonds CMU.

Toujours en se basant sur le chiffre d'affaires santé déclaré au Fonds CMU et donc en tenant compte de l'effet taille des organismes, ceux inscrits sur les listes préfectorales déclaraient 64,43 % de l'assiette totale en 2002. Ce pourcentage s'est contracté à 52,4 % en 2005 mais l'assiette demeure majoritairement déclarée par les organismes inscrits.

Implication des OC selon le chiffre d'affaires	2002	2003	2004	2005	Trois trimestres 2006
Organismes inscrits	64,43 %	57,44 %	55,82 %	52,40 %	53,03 %
Organismes non inscrits	35,57 %	42,56 %	44,18 %	47,60 %	46,97 %
Nombre total d'organismes	1 536	1 237	1 177	1 073	991

Source : déclarations des organismes complémentaires au Fonds CMU.

Le seul raisonnement à partir du nombre d'organismes inscrits ou gérant des contrats donne ainsi une vision partielle, voire même fautive, de la réalité de l'implication des organismes complémentaires, comme le montre le tableau suivant.

Implication des OC : comparaison historique des indicateurs	OC inscrits sur les listes préfectorales		OC ne participant pas au dispositif	
	Selon leur nombre	Selon leur CA	Selon leur nombre	Selon leur CA
2002	37,24 %	64,43 %	62,76 %	35,57 %
2003	34,20 %	57,44 %	65,80 %	42,56 %
2004	30,19 %	55,82 %	69,81 %	44,18 %
2005	26,47 %	52,40 %	73,53 %	47,60 %
2006	25,13 %	53,03 %	74,87 %	46,97 %

Source : déclarations des organismes complémentaires au Fonds CMU.

Ce constat tient également au nombre total d'organismes complémentaires, en constante diminution depuis 2002 (- 35,7 % en trois ans), lié à la concentration croissante du marché de la complémentaire santé.

En effet, plus de 75 % des organismes complémentaires dont le chiffre d'affaires est inférieur à 100 000 euros ont disparu entre 2002 et 2005. Sur la même période, le chiffre d'affaires des principaux organismes du marché (ceux réalisant plus de 500 millions d'euros de chiffre d'affaires) a progressé de plus de 220 %, à comparer avec la croissance de 30 % enregistrée pour l'ensemble des organismes.

Finalement, l'implication des organismes complémentaires, même si elle s'est réduite, reste très significative lorsque l'on raisonne à partir du chiffre d'affaires, critère qui a l'avantage de prendre en compte l'effet taille des organismes.

Il n'en reste pas moins nécessaire de comprendre pourquoi un écart important existe entre la participation réelle des organismes complémentaires au dispositif et le faible niveau des bénéficiaires dont ils gèrent effectivement le contrat.

1.2.3.2. Causes internes du niveau d'implication des organismes complémentaires

Certes, régulièrement des organismes complémentaires sortent volontairement du dispositif. Mais on doit retenir que ce sont essentiellement les plus petits qui sont concernés. Les organismes sortants expliquent leurs retraits de diverses manières.

Certains ont mis en avant la complexité du dispositif, pénalisante essentiellement pour les très petits organismes : gestion d'un produit spécifique, informatique interne inadaptée ou trop coûteuse à faire évoluer, relations parfois compliquées avec les caisses d'assurance maladie pour l'identification des bénéficiaires. Sur ce dernier point, le Fonds CMU, lors de ses nombreux contacts avec les organismes, a noté depuis un certain temps une amélioration sensible de la situation sur le terrain. Les partenaires ont généralement appris à mieux se connaître et à communiquer ce qui est d'ailleurs à mettre au crédit du dispositif de la CMU complémentaire. La rédaction au niveau national d'un guide des procédures de la CMU complémentaire bâti à partir d'échanges entre la CNAMTS, les autres régimes et les organismes complémentaires représentés par leurs fédérations en sont l'illustration. Des témoignages de participants à cette rédaction montrent des opinions très positives sur cette question.

D'autres organismes, en particulier au sein de la FNMI (mutuelles interprofessionnelles), ont expliqué leur sortie du fait de déficits liés à cette gestion (coût du dispositif insuffisamment compensé par le forfait de gestion). Ces déficits sont d'autant plus lourds à supporter que la taille de l'organisme est faible.

La Mutualité Française qui réaffirme sa participation et son implication dans la gestion du dispositif propose des pistes d'aménagement visant selon elle à conforter, voire à consolider la place des OC dans la gestion du dispositif.

La Mutualité Française souhaite qu'une réflexion soit engagée pour mettre en place une mutualisation du risque sur l'ensemble des opérateurs intervenant en complémentaire de la CMU ; la FNMF souligne que pour sa part, la FNMI avait mis en place en 2000, un système de péréquation permettant de limiter le déficit et d'atténuer les disparités de coût des mutuelles engagées en mutualisant les risques sur un plus grand nombre. Apprécié par les mutuelles participantes, ce dispositif a pu jouer son rôle les trois premières années mais n'a pu fonctionner au-delà, compte tenu du nombre trop important de mutuelles alors déficitaires.

Autre facteur explicatif du niveau d'implication des OC, les mutuelles d'entreprises ne sont pas ou peu concernées, de même que les institutions de prévoyance, ce qui a pu limiter les entrées ou le nombre de bénéficiaires couverts. Cette dernière famille d'organismes ne gère que très peu de contrats individuels (moins de 20 % de leurs contrats, ces derniers concernant principalement des retraités ne pouvant plus accéder aux contrats collectifs).

1.2.3.3. Facteurs externes explicatifs du niveau d'implication des organismes complémentaires

Quelques études ont montré la méconnaissance globale du dispositif, donc des possibilités de choix, par les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Le dispositif de choix peut être en effet difficile à comprendre pour une personne qui doit choisir entre 250 organismes. Le choix d'un organisme complémentaire est probablement plus facile pour une personne qui dispose préalablement à sa demande, d'un contrat de complémentaire santé. Sur ce point précis, il convient de garder à l'esprit que si, au moment de l'attribution du droit à la CMU complémentaire, un contrat est en cours dans un organisme complémentaire, le bénéficiaire doit obligatoirement rester dans cet organisme, sous réserve que ce dernier participe à la gestion de la CMU.

Il est également possible que les bénéficiaires désignent l'organisme d'assurance maladie en parfaite connaissance du dispositif et de la participation des organismes complémentaires, par choix personnel. Ce choix peut aussi résulter d'un souci de simplification, face à la complexité apparente du dispositif. Dans ce dernier cas, le bénéficiaire dispose en effet d'un interlocuteur unique pour la gestion de la part obligatoire et de la part complémentaire. Mais cet avantage est en réalité neutre comme exposé précédemment.

Parallèlement, il n'est pas impossible que certains agents des caisses d'assurance maladie, celles-ci assurant elles-mêmes l'ouverture du droit et la gestion du dispositif, n'aient pas, sans volonté hégémonique, suffisamment présenté aux futurs bénéficiaires la possibilité de choix d'un organisme complémentaire, au moment de la détermination ou du renouvellement du droit à la CMU complémentaire, à travers notamment la liste nationale de ces organismes. Il est vrai que le mécanisme retenu n'est pas d'une grande simplicité.

En outre, peu, voire aucune publicité n'a été effectuée concernant la participation des organismes complémentaires au dispositif, ne serait-ce que par ces derniers. On peut d'ailleurs noter que l'organisme qui, à la connaissance du Fonds CMU, a réalisé une campagne de communication grand public, est devenu le plus important gestionnaire de contrats de CMU complémentaire parmi les organismes complémentaires.

Les organismes complémentaires ont vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire national, quelle que soit leur implantation et quelle que soit l'adresse du bénéficiaire de la CMU complémentaire. Les statistiques résumant le choix des bénéficiaires entre organismes complémentaires et caisses d'assurance maladie montrent des écarts notables d'un département à l'autre, traduisant des situations locales très différenciées sur l'ensemble du territoire français (de 1,3 % dans l'Essonne, à 61 % dans la Drôme).

1.2.3.4. Renforcer la place des organismes complémentaires

Quelle que soit l'origine des difficultés, les organismes complémentaires ne gèrent aujourd'hui que 12,8 % des bénéficiaires, alors que 54 % d'entre eux, en terme de chiffre d'affaires, sont impliqués dans la CMU complémentaire.

Dans le chapitre 7 de son rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2006, la Cour des comptes envisage une évolution du dispositif de la CMU complémentaire, visant à une gestion concentrée uniquement sur les caisses d'assurance maladie, les organismes complémentaires étant dès lors réduits au rôle de contributeur (2,5 % de leur chiffre d'affaires santé versés au Fonds CMU). C'est ainsi que la Cour préconise (32^{ème} recommandation) « d'étudier la simplification du dispositif en confiant à l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire ». Dans cette hypothèse, il n'y aurait en effet plus besoin de liste nationale ni de formulaire de choix... Toutefois, une telle évolution du dispositif laisserait d'une certaine manière les bénéficiaires de la CMU complémentaire en dehors du droit commun, ce qui peut apparaître au final contradictoire avec la volonté du législateur de prévenir toute stigmatisation de la population concernée et engendrerait une rupture avec la logique retenue dans le cadre de l'aide à la complémentaire santé, dispositif dans le prolongement de la CMU complémentaire puisque réservée aux personnes dont le niveau de ressources se situe légèrement au-dessus du plafond de cette dernière.

On peut penser que la mesure contenue dans la loi de finances rectificative pour 2006 qui harmonise la fiscalité sur les activités d'assurance santé et de prévoyance devrait mettre un terme à cette question. Pour bénéficier des exonérations, il sera nécessaire que les organismes soient volontaires pour la gestion de contrats CMU. On peut donc s'attendre à un afflux massif d'organismes « volontaires ».

1.2.3.5. L'échec des contrats de sortie

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

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

Les titulaires d'un contrat de sortie de la CMU complémentaire (appelé aussi « contrat à tarif préférentiel ») peuvent, selon leur niveau de revenus, bénéficier de l'ACS.

On rappellera dans ce cadre que si les prestations couvertes sont les mêmes que pour la CMU complémentaire, les professionnels de santé ne sont alors pas tenus par les limitations de tarif imposées pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire. Ainsi, par exemple, un médecin de secteur 2 doit s'en tenir au tarif de secteur 1 pour un bénéficiaire de la CMU complémentaire mais peut appliquer un dépassement pour les personnes couvertes par le contrat de sortie.

La volonté du législateur a été de permettre une sortie « accompagnée » du dispositif CMU limitant, pour les personnes accédant à une meilleure situation financière, le coût du contrat faisant suite à la CMU complémentaire gratuite. Toutefois, cette garantie ne concerne que les bénéficiaires dont le contrat était géré par un organisme complémentaire ; la masse des bénéficiaires (87,2 %), qui ont fait le choix d'une caisse de sécurité sociale pour gérer leur dossier, ne bénéficient pas de cette possibilité de contrat de sortie.

Une étude conduite par la FNMI et qui avait été citée dans le précédent rapport d'évaluation (page 107) montrait que seulement 8 % des sortants de la CMU complémentaire souscrivaient un contrat de sortie.

La FNMI vient d'actualiser son enquête en interrogeant récemment 18 mutuelles regroupant environ 220 000 bénéficiaires sur cette question. Il apparaît qu'en 2005, 60 % des mutuelles « pensent » mener une politique active dans le placement des contrats de sortie (40 % dans la précédente enquête). A minima, les bénéficiaires de la CMU complémentaire gérés par ces mutuelles reçoivent un courrier un ou deux mois avant l'échéance de leurs droits, les invitant à effectuer une demande de prolongation de leurs droits ou à prendre contact avec la mutuelle pour souscrire un contrat à tarif préférentiel. Certaines mutuelles proposent également une étude personnalisée des dossiers, et un bon nombre de mutuelles relancent par téléphone les bénéficiaires.

D'après la FNMI, la comparaison des deux enquêtes montre qu'en quatre ans, les procédures d'information à destination des bénéficiaires de la CMU complémentaire en fin de droits se sont non seulement automatisées et généralisées à l'ensemble des mutuelles, mais également perfectionnées. Il est intéressant à ce propos de remarquer que les actions d'information des mutuelles qui se disent « à politique non active » sont globalement identiques à celles estimant mener une politique active. Les procédures de gestion sont effectivement les mêmes. Certaines mutuelles jugent leur politique « non active » parce qu'insuffisamment efficace. Ces mutuelles envisagent par conséquent d'améliorer les procédures existantes.

Bien que sensiblement meilleur, le taux de souscription des contrats de sortie en 2005 reste faible : 14,5 % des anciens bénéficiaires optent pour le contrat de sortie (dont 32 % avec l'aide du crédit d'impôt). A ceux-ci, s'ajoutent 25,5 % de bénéficiaires souscrivant un autre type de contrat. Au total, 40 % des anciens bénéficiaires seraient couverts par une complémentaire l'année suivant leur sortie de la CMU complémentaire.

Une enquête récente de la FNMF, auprès d'un échantillon de mutuelles couvrant autour de 200 000 bénéficiaires, complète les constats effectués par l'enquête FNMI. Les mutuelles gestionnaires proposent en effet systématiquement les contrats de sortie. Certaines mutuelles invitent même l'adhérent à formuler par écrit que le contrat de sortie lui a été présenté et proposé. D'après cette enquête, 10 % des anciens bénéficiaires optent pour le contrat de sortie auxquels s'ajoutent 39 % de bénéficiaires souscrivant un autre type de contrat. Au total, 50 % des anciens bénéficiaires seraient couverts par une complémentaire l'année suivant leur sortie de la CMU complémentaire.

Il faut cependant prendre ces chiffres avec prudence, en particulier sur le taux de sortants souscrivant un contrat de sortie. A partir d'une enquête, il est vrai très partielle, le Fonds CMU est en effet parvenu à un pourcentage sensiblement plus faible que ceux fournis par les fédérations de mutuelles.

Il est intéressant d'étudier dans quelle mesure le contrat de sortie est intéressant par rapport aux autres contrats offerts par les organismes complémentaires. Un chiffrage comparatif a été effectué avec le prix des contrats tel qu'il est ressorti de la première enquête sur le prix et le contenu des contrats qui ont ouvert droit à l'aide complémentaire santé. Ce chiffrage montre que le contrat de sortie est clairement intéressant lorsqu'il s'adresse à une seule personne et cet avantage sera d'autant plus important que l'âge de la personne concernée sera élevé. Au-delà d'une personne, l'avantage comparatif n'est plus avéré comme le démontrent les chiffres à notre disposition. Ce constat peut en partie expliquer le manque de succès de la mesure. Par ailleurs, contrairement à l'affichage, il est possible que certains organismes complémentaires ne proposent pas ces contrats, le but étant d'éviter la complication de gestion d'un produit spécifique et / ou de privilégier ses propres contrats.

Eléments de comparaison entre les prix des contrats de sortie CMU C et ceux des contrats ayant ouvert droit à l'ACS (1ère enquête Prix / Contenu)

Contrats de sortie

1 personne	340		
2 personnes	646	$340 + 90 \% * 340$	
2 personnes	510	$340 + 50 \% * 340$	Si la 2ème personne a moins de 18 ans
3 personnes	816		
4 personnes	986		
5 personnes	1 156		
Tarif inchangé au-delà			

Comparaison du prix des contrats de sortie par rapport à ceux des contrats individuels ayant ouvert droit à l'ACS tels qu'ils sont ressortis de la 1ère enquête Prix / Contenu

Compte tenu de l'impact prédominant de la taille du foyer par rapport aux autres facteurs sur le prix des contrats, il est pertinent de comparer ces données au moins pour fixer les ordres de grandeur

	Contrat de sortie	Résultats Etude 1ère Prix / Contenu	Différence
1 personne	340	513	-33,72 %
2 personnes	646	719	-10,15 %
3 personnes	816	837	-2,51 %
4 personnes	986	968	1,86 %
5 personnes	1 156	1 069	8,14 %
6 personnes	1 156	1 144	1,05 %
7 et plus	1 156	1 264	-8,54 %

Le contrat de sortie apparaît réellement avantageux pour une personne seule, après, cet avantage décroît progressivement puis augmente de nouveau à partir de 6 personnes.

Source : enquête prix/contenu du Fonds CMU.

On peut penser que les chiffres d'accès au contrat de sortie, même s'ils n'apparaissent pas satisfaisants au regard d'un objectif d'accompagnement des sortants de la CMU complémentaire, doivent être supérieurs à ceux constatés pour les anciens bénéficiaires rattachés à une caisse d'assurance maladie. On peut en effet supposer que le fait d'entrer à un moment dans une complémentaire, même si c'est par le biais de la CMU complémentaire, peut avoir pour effet de faciliter le maintien des personnes concernées dans le champ de la complémentaire santé « classique » une fois leur sortie du dispositif CMU complémentaire. On peut s'interroger dès lors si cette possibilité ne pourrait pas être offerte à l'ensemble des sortants de la CMU complémentaire (gérée ou non par un OC) à travers la possibilité de souscrire un contrat de sortie. Le contrat de sortie on l'a vu n'est pas un très grand succès mais ouvert à tous, il permettrait sous réserve de répondre à certaines conditions, que des anciens bénéficiaires puissent être incités à rentrer en contact avec le monde des complémentaires. Cette mesure favoriserait donc la recherche de l'objectif initial du législateur, c'est-à-dire, l'accompagnement des sortants de la CMU-C.

Ouvrir le contrat de sortie à toutes les complémentaires

Il s'agirait d'ouvrir cette possibilité en direction de l'ensemble des complémentaires et non de la réserver à ceux volontaires pour gérer la CMU complémentaire. Cette option revêt en effet plusieurs avantages :

- une logique qui est la même que celle l'ACS qui prévoit une gestion par tous les organismes complémentaires. En outre, une partie non négligeable des sortants serait éligible à l'ACS et on ouvrirait là une piste d'augmentation du nombre d'utilisateurs d'attestations. Au-delà et d'ailleurs ce qui est essentiel, on donnerait une meilleure cohérence à l'ensemble ;
- l'ensemble des organismes assumerait cette gestion et pas seulement ceux qui déjà gèrent la CMU complémentaire (bien sûr, les personnes rattachées à un organisme complémentaire auraient l'obligation de souscrire le contrat de sortie auprès de leur organisme de rattachement) ce qui réduit la complexité d'un choix du OC « volontaire » ;
- les organismes complémentaires devraient certes créer un produit spécifique, encadré en cotisations et en prestations, mais en contrepartie, elles verraient croître le nombre de clients potentiels.

Un mécanisme simple permettant une communication facile

La caisse d'assurance maladie serait en charge de l'information des bénéficiaires potentiels ce qui, on l'a vu, n'est pas toujours le cas dans le dispositif actuel où cette charge incombe aux organismes complémentaires. Cette information pourrait alors être complète en terme de prestations et de prix. De surcroît, si la personne est bénéficiaire de l'ACS, le montant de son reste à charge pourra alors être déterminé.

Par exemple, le reste à charge sur le contrat de sortie pour une famille dont les 2 parents ont plus de 25 ans (et moins de 60 ans), et les enfants moins de 25 ans, le reste à charge ressort de la manière suivante selon la taille de la famille.

Composition foyer	Prix contrat de sortie	Montant ACS	Reste à charge
1 personne	340	200	140
2 personnes (adultes)	646	400	246
2 adultes + 1 enfant	816	500	316
2 adultes + 2 enfants	986	600	386
2 adultes + 3 enfants	1 156	700	456
2 adultes + 4 enfants	1 156	800	356

Puis le montant du reste à charge diminue de 100 euros par enfant supplémentaire, il est nul à partir de 7 enfants. Montants en euros.

Dans l'exemple exposé, le bénéficiaire du contrat de sortie dispose alors d'une information claire pour effectuer son choix et le cas échéant, se voir proposer une formule plus avantageuse par les organismes complémentaires qu'il aura sollicités.

En outre, ce schéma répond à deux inconvénients qui ont été soulevés par les caisses d'assurance maladie à propos de l'ACS : le manque d'accompagnement du bénéficiaire et son manque d'information par rapport aux choix qui lui sont offerts (quel organisme, quel contrat, etc.).

PROPOSITION : Ouvrir le contrat de sortie à l'ensemble des sortants de la CMU complémentaire qu'ils aient été ou non couverts par un organisme complémentaire pour la gestion de leur droit à la CMU complémentaire.

1.3. L'aide complémentaire santé

1.3.1. Présentation du dispositif et de ses évolutions

La loi du 13 août 2004 a instauré un dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, nommée par la loi « crédit d'impôt » et géré nationalement par le Fonds CMU. Ce dispositif s'est substitué à compter du 1^{er} janvier 2005 au dispositif précédemment mis en place par les régimes d'assurance maladie. Il reste cependant financé par le fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) de la CNAMTS et les autres régimes obligatoires.

Le dispositif se situe dans la prolongation de la CMU complémentaire dont il vise à atténuer l'effet de seuil. Il est destiné aux foyers disposant de ressources comprises entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 15 %. Selon les statistiques fournies par le ministère de la santé et des solidarités, l'effectif de la population potentiellement concernée s'établirait à 2 millions de personnes.

La demande de crédit d'impôt - on parlera désormais d'aide complémentaire santé (ACS), le terme « crédit d'impôt » apparaissant inapproprié et prêtant à confusion, le directeur de la sécurité sociale a proposé d'utiliser cette nouvelle appellation pour la communication - est effectuée par l'assuré social auprès de sa caisse d'assurance maladie. Si les ressources du ménage sont comprises entre le plafond de la CMU-C et celui-ci majoré de 15 %, la caisse lui remet une attestation (individuelle pour les plus de 16 ans et familiale dans le cas contraire) qui indique, en fonction de l'âge des bénéficiaires, le montant d'ACS annuel. Pour 2006, ce montant a été fixé à 100 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans, à 200 € par personne âgée de 25 à 59 ans et à 400 € pour celles âgées de 60 ans et plus.

Le bénéficiaire dispose d'un délai de 6 mois pour utiliser son attestation auprès d'un organisme complémentaire. Sur présentation de l'original de l'attestation à un organisme complémentaire de son choix, l'intéressé bénéficie d'une réduction de prime ou de cotisation annuelle, égale au montant de l'ACS sur un contrat d'assurance santé en cours ou sur celui qu'il a choisi de souscrire.

Jusqu'en 2005, le bénéficiaire a pu choisir n'importe quel contrat de complémentaire santé dès lors qu'il était à adhésion individuelle et qu'il ne prenait pas en charge la participation forfaitaire d'un euro par acte ou consultation médicale. A partir de 2006, les contrats ont dû être rendus « responsables » selon les termes précisés par le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 pour pouvoir bénéficier de l'aide.

Le montant de l'ACS est récupéré par l'organisme complémentaire qui le déduit par quart de son montant annuel (dans les mêmes conditions que les déductions opérées au titre de la gestion de chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire) du montant de la contribution finançant le Fonds CMU (éléments compris dans les déclarations à la contribution CMU complémentaire).

Malgré l'écart par rapport à la population cible affichée, 235 000 bénéficiaires au 31 août 2006 soit après 20 mois de mise en œuvre du dispositif, on peut parler d'un progrès par rapport à l'ancien dispositif auquel il s'est substitué puisque pour ce dernier, le dernier bilan disponible au 30 juin 2004 faisait état de 33 891 bénéficiaires d'un dispositif local et de 25 027 personnes dans le dispositif national, soit après 2 années, un décompte de 59 000 bénéficiaires au total.

Compte tenu du très grand écart entre la cible affichée au départ et le nombre de bénéficiaires comptabilisé à ce jour, deux dispositions nouvelles ont déjà été mises en œuvre à compter de l'année 2006, pour rendre le dispositif plus attractif.

D'abord, le montant de la déduction a été sensiblement réévalué pour les droits débutant ou renouvelés en 2006 : de 75 à 100 € pour les moins de 25 ans, de 150 à 200 € pour les personnes âgées de 25 à 59 ans, de 250 à 450 € pour les personnes âgées de 60 ans ou plus.

Toutefois, la Cour des comptes dans son rapport 2006 sur la sécurité sociale souligne que ces réévaluations ont été effectuées sans qu'il ait été procédé à une évaluation préalable de l'efficacité d'une telle augmentation sur le taux de recours. En outre, elle fait observer que l'aide portée à 400 € pour les personnes âgées de 60 ans ou plus est désormais supérieure au montant de 340 € que les pouvoirs publics consacrent directement pour chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire. Néanmoins, les montants de dépenses supérieures à 340 € dans le cadre de la CMU complémentaire sont supportés par les gestionnaires de la CMU pour les bénéficiaires qu'ils gèrent et donc principalement par les caisses d'assurance maladie. L'hypothèse d'un transfert des personnes âgées concernées vers la CMU complémentaire reviendrait à alourdir la charge des régimes gestionnaires compte tenu du niveau de dépense moyen des personnes âgées de plus de 60 ans.

En second lieu, le bénéfice du tiers payant sur la part obligatoire pour toutes les consultations médicales réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonné a été étendu aux personnes titulaires d'une attestation de droit à l'ACS. Cette mesure semble plutôt symbolique et apparaît difficile à appliquer sur le terrain. On retiendra en effet que dans ce cadre, le professionnel de santé est censé ne faire payer que la part complémentaire à l'assuré...

L'ACS est très loin de connaître la diffusion escomptée et concernerait essentiellement les personnes qui demandent à bénéficier de la CMU complémentaire et qui se la voient refuser. On peut cependant penser, à ce stade, que la mise en œuvre d'un dispositif uniforme au plan national, étroitement articulé avec la CMU complémentaire du point de vue de l'examen du droit, et enfin, relativement simple d'utilisation pour les bénéficiaires disposant déjà d'une complémentaire santé, a pu permettre d'améliorer la couverture de la population par rapport au dispositif précédent.

En outre, comme le souligne la Cour des comptes, « ce dispositif a permis toutefois de désamorcer le débat sur les effets de seuil et l'exclusion des titulaires de minima sociaux ». La mesure de revalorisation du plafond d'octroi de l'ACS du plafond CMU + 15 % au plafond CMU + 20 % contenue dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 va encore dans ce sens puisque la population cible telle qu'évaluée par les services du ministère passerait alors de 2 à 2,9 millions personnes.

Il convient enfin de préciser que des actions de communication fortes ont été mises en place à compter de l'automne 2006 (cf. partie 3.1.2.2).

1.3.2. Données relatives à l'aide complémentaire santé

1.3.2.1. Montée en charge du dispositif

L'observation de la montée en charge du dispositif met en évidence les chiffres suivants :

	Nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie	Nombre de bénéficiaires ayant effectivement utilisé l'attestation	Montant moyen déduction annuelle (en €)
Février 2005	75 000	12 805	136
Mai 2005	183 000	62 811	143
Août 2005	264 000	113 731	138
Novembre 2005	364 000	177 710	138
Décembre 2005	402 000	-	-
Février 2006	72 000	202 973	153
Mai 2006	170 000	226 333	168
Août 2006	255 000	234 281	180
Novembre 2006	360 000	-	-

Sources : déclaration des organismes complémentaires au Fonds CMU, données CNAMTS, CCMSA, RSI.

Au 31 août 2006, 235 000 personnes ont effectivement utilisé leur attestation d'ACS auprès d'un organisme complémentaire. On observe un ralentissement de la progression du nombre des utilisateurs qui va de pair avec la stabilité dans la délivrance observée des attestations entre les 11 premiers mois de 2005 et les 11 premiers mois de 2006 (364 000 personnes disposant d'une attestation délivrée au cours des 11 premiers mois de 2005, 360 000 sur la même période 2006). En outre, sur 2006, environ 20 % des attestations délivrées concerneraient des renouvellements de droits. Sans accélération consécutive à une communication ciblée, 400 000 personnes seraient couvertes par des attestations délivrées en 2006 comme en 2005 et le nombre de bénéficiaires utilisateurs de leur attestation devrait se situer autour de 250 000 au 30 novembre 2006. Cette évaluation apparaît très éloignée de la cible affichée initialement, et ce, après deux années de mise en œuvre.

1.3.2.2. Les bénéficiaires de l'ACS dans les organismes complémentaires

Au 31 août 2006, les 235 000 bénéficiaires déclarés l'ont été par 572 organismes complémentaires dont la répartition des bénéficiaires selon la nature d'organisme s'établit de la manière suivante :

	Nombre de bénéficiaires	Structure en %	Nombre d'organismes	Structure en %
Mutuelles	180 258	76,94	494	86,36
IP	5 069	2,16	23	4,02
Assurances	48 954	20,90	55	9,62
Total	234 281	100,00	572	100,00

Source : déclaration des organismes complémentaires au Fonds CMU.

La répartition des bénéficiaires entre nature d'organismes est proche de celle de la CMU complémentaire (les mutuelles regroupent 79,51 % des bénéficiaires de la CMU en 2005, les IP, 1,87 %, les sociétés d'assurance 18,62 %).

Les 10 organismes déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires de l'ACS (pratiquement les mêmes que ceux qui gèrent le plus de dossiers de CMU-C) gèrent les contrats de 30 % des bénéficiaires, les 10 suivants 12 %. Au total, les 50 premiers organismes représentent près de 63 % des bénéficiaires de l'ACS. La concentration est réelle mais elle est moins accentuée que dans le cadre la CMU complémentaire. Cette situation s'explique essentiellement par le fait que dans le cadre de l'ACS, tous les organismes peuvent accueillir des bénéficiaires, ce qui n'est pas le cas dans le cadre de la CMU complémentaire.

1.3.2.3. L'enquête sur les prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS

Selon l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt ».

Le premier rapport qui portait sur les données arrêtées au 31 décembre 2005 a été rendu public début juin 2006. Cette première enquête a été exploratoire et partielle. Il s'agissait en effet de tenir compte du contexte de montée en charge du dispositif et des adaptations des systèmes d'information des organismes enquêtés, de tester les hypothèses de travail préalablement à l'extension à un nombre sensiblement plus important d'organismes.

C'est dans ce contexte que le Fonds CMU a été conduit à exploiter les données de 13 organismes complémentaires concernant 25 126 contrats. Ces données concernent 44 991 bénéficiaires, qui représentaient plus de 25 % des bénéficiaires de l'ACS.

A partir d'une classification par niveau croissant de garantie, établie par l'IRDES, les contrats ACS ont été comparés aux autres contrats individuels les plus souscrits en 2005.

Alors que l'on pouvait s'attendre à une forte concentration des contrats ACS sur les niveaux de garantie les plus faibles, compte tenu du niveau des ressources des personnes concernées, ces contrats, bien qu'inférieurs en terme de niveau de garantie par rapport aux autres contrats individuels, se répartissent également au-delà de ces niveaux.

Le prix moyen du contrat s'établit à 632 € par contrat. Le montant moyen de déduction s'élève à 243 €. Le montant moyen de prime ou cotisation après ACS s'élève donc à 389 €, soit un taux de reste à charge par contrat de 60 %.

En moyenne, 1,8 personnes est couverte par chacun des contrats. Les contrats couvrant une personne seule représentent 38 % des bénéficiaires et 69 % des contrats, ceux couvrant deux personnes 11 % des bénéficiaires et 10 % des contrats.

Le taux moyen d'effort pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire est évalué par foyer à 4,5 % de ses revenus annuels. Cela signifie que pour les personnes concernées,

un demi mois de revenu est nécessaire pour financer leur complémentaire santé. A titre de comparaison, le taux d'effort des ménages lié à l'occupation de leur résidence principale (toutes tranches d'âges confondues) est évalué en 2002 à 10,3 % (source INSEE).

Concernant l'impact relatif des différents facteurs sur le prix de vente, le nombre de bénéficiaires du contrat ressort fortement (il explique 47,6 % de la variance), devant l'âge (18,8 % de la variance) et le niveau de garantie (5,3 % de la variance). Etant donnée l'importance de cette dernière variable dans la tarification apparente des contrats, son poids assez faible peut surprendre.

Le prix des contrats et le montant de prime ou cotisation après ACS augmentent avec le nombre de personnes couvertes, mais le taux d'augmentation a tendance à être d'autant plus faible que le nombre de personnes augmente (le coût par individu supplémentaire croît de façon moins que proportionnelle). Comme, par ailleurs, pour un même âge, le montant de la déduction croît uniformément avec le nombre de bénéficiaires, le montant de prime ou cotisation après ACS tend à ne plus augmenter au delà de quatre personnes. Quant au taux de reste à charge et au taux d'effort, ils ont tendance à diminuer avec le nombre de personnes couvertes.

S'agissant de l'impact de l'âge du souscripteur du contrat sur le prix de vente, il est particulièrement fort lors du passage de la tranche « 50-59 ans » à la tranche « 60 ans et + » (+ 40 %). Le montant de prime ou cotisation après ACS augmente lui aussi avec l'âge, mais un peu plus modérément, la hausse lors du passage de l'avant-dernière tranche à la dernière est moins marquée (+ 28 %).

Entre la classe d'âge des « 16-24 ans » et celle des « 60 ans et plus », le prix moyen « toutes choses égales par ailleurs » augmente de 152 % et le montant moyen de prime ou cotisation après ACS de 135 %.

Les résultats obtenus par le Fonds CMU concernant le prix moyen des contrats peuvent être comparés avec 2 sources distinctes.

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de juillet 2006 évalue la charge par personne assurée à 450 €, soit un montant de 810 € si l'on rapporte la donnée à 1,8 personnes (+ 27 % par rapport aux données du Fonds CMU), supérieur aux 632 € du Fonds CMU.

L'IRDES à partir de l'EPAS (échantillon permanent des assurés sociaux) sur les caractéristiques des contrats individuels en 2004 aboutissait à un prix moyen de 800 € pour en moyenne 1,6 personnes couvertes soit 900 € si l'on rapporte la donnée à 1,8 personnes (+ 42 % par rapport aux données du Fonds CMU). Les résultats de cette étude sont approchés et non encore officialisés. Ils sont plus partiels que ceux de l'enquête du Fonds CMU puisque ne concerneraient que 3 000 contrats.

Dans l'enquête du Fonds CMU, les contrats qui ont ouvert droit à l'ACS apparaissent plutôt inférieurs en gamme par rapport à la moyenne des autres contrats individuels. Toutefois, les écarts de prix apparaissent élevés par rapport à la mesure de l'impact du niveau de garantie sur le prix des contrats qui a été mesuré. Un écart de prix de 10 % « toutes choses égales par ailleurs » semblerait mieux correspondre aux résultats obtenus. Dans le cas du chiffrage effectué par le HCAAM, on relèvera cependant qu'il concernait à la fois les contrats individuels mais également les contrats collectifs qui en moyenne, apparaissent supérieurs au niveau des garanties offertes.

Pour le second rapport que le Fonds CMU doit remettre au Gouvernement d'ici juin 2007, il s'agira d'étendre la remontée d'informations à un nombre plus important d'organismes, le but étant de couvrir au moins 50 % des bénéficiaires de l'ACS.

Outre une meilleure représentativité, cette enquête permettra de mesurer l'impact de l'augmentation de l'aide complémentaire santé intervenue au début 2006 sur, notamment, le reste à charge pour les bénéficiaires.

Une exploitation rapide des résultats obtenus à l'occasion de la phase de test de cette seconde enquête apporte quelques éclairages sur les évolutions. Sur la base de données concernant 50 % des bénéficiaires au 31 mai 2006, le prix moyen du contrat ressort à 679 euros (+ 7,4 % par rapport au prix moyen issu de la première enquête). Le nombre de bénéficiaires couverts par contrat reste le même à 1,8 personnes.

Au 31 décembre 2006, la part restant à charge devrait être proche de 50 %, conformément au chiffrage effectué par le Fonds CMU dans la 1^{ère} enquête.

Les chiffres obtenus à partir de l'enquête apparaissent suffisamment intéressants pour permettre d'éclairer les décisions de revalorisation de l'ACS qui pourront, selon les situations, être ou non différenciées.

<p>PROPOSITION : Les enquêtes annuelles sur le contenu et le prix des contrats ACS formuleront des propositions en matière de revalorisation de l'ACS</p>
--

1.3.3. Les fonds d'accompagnement à la protection complémentaire

1.3.3.1. L'action des organismes complémentaires

Le 3^{ème} alinéa de l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale dispose que : « Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 (organismes complémentaires) peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention. ».

A ce jour, à partir du questionnement des principales fédérations d'organismes complémentaires et d'organismes complémentaires eux-mêmes, il apparaît que seul un fonds a été mis en place par une mutuelle interprofessionnelle. Aucun nouveau projet de ce type n'apparaît envisagé.

Il est vrai que la plupart des mutuelles et des institutions de prévoyance disposent de fonds d'action sociale dont le but est justement d'assurer en partie ce rôle. Ces fonds d'action sociale s'attachent en effet à éviter que des participants à faible revenu ou en difficulté financière renoncent à leur complémentaire ou à se soigner en raison d'un reste à charge trop important.

C'est ainsi que 7,4 millions d'euros ont été consacrés à cette mission par les IP en 2005 (Source : rapport d'activité 2005 du CTIP). Ce montant affiché ne prend pas en compte la situation spécifique d'une institution de prévoyance du BTP qui consacre une partie conséquente de ses fonds sociaux à destination des retraités et des apprentis par l'aide au financement de leur cotisation de complémentaire santé. On notera cependant que si les montants concernés n'entrent pas dans les 7,4 millions précités, ce sera le cas dans le prochain rapport d'activité du CTIP.

Dans cet organisme, que ce soit pour les retraités (autour de 300 000 personnes concernées en 2005) ou pour les apprentis (autour de 5 000 personnes concernées en 2006 avec à terme, une cible de 25 000 personnes), l'aide au financement de la cotisation complémentaire santé est issu du Fond social ouvrier et constitue près de 56 % de l'emploi de ce fonds (les autres postes étant le logement, les vacances, etc.). En terme de recettes, il s'agit de la contribution des adhérents au Fonds social à raison d'environ 0,10 % (pour la partie santé) de la masse salariale des actifs du BTP.

Cette solidarité se traduit (en 2005) pour les retraités par un budget de 23 millions d'euros qui représente 7,2 % des cotisations de retraités encaissées.

En termes de critère pour pouvoir prétendre à ce dispositif, le retraité ouvrier doit avoir plus de 20 ans d'ancienneté dans le BTP et être ancien adhérent au régime des frais médicaux collectifs ou être ancien adhérent au régime individuel actif, avec 3 années minimum d'ancienneté dans les 2 cas.

S'agissant des apprentis, le budget prévisionnel pour 2007 est de 1,5 millions d'euros. Pour fixer le montant de la cotisation due par l'apprenti, le conseil d'administration a souhaité que ce montant soit cohérent avec la cotisation restant à charge d'un apprenti couvert par son entreprise. Le calcul a reposé sur le montant de cotisation due mensuellement par un apprenti en 2006 en cas de

couverture obligatoire d'entreprise et dans l'hypothèse d'une prise en charge de 60 % par l'employeur.

Ce montant de la cotisation mensuelle restant à charge de l'apprenti dépend de l'option souscrite, de l'âge de l'apprenti et du niveau de rémunération perçu (en fonction de l'année d'apprentissage).

Cette institution de prévoyance a ainsi attribué une aide mensuelle de 12 euros par bénéficiaire en 2006. Une fois cette aide appliquée et déduite du montant de la cotisation, l'apprenti ou le jeune en contrat en alternance s'acquitte d'une cotisation mensuelle de 5,5 euros pour l'option d'entrée de gamme (s'il a moins de 20 ans) et de 9,75 euros pour l'option qui se situe juste après dans la gamme (s'il a moins de 20 ans). Dans le dépliant remis aux apprentis, l'institution de prévoyance les a en outre invités à vérifier s'il pouvaient prétendre à l'ACS, cette aide complémentaire pouvant dans certaines situations conduire à garantir les prestations sans contrepartie de cotisation.

Une mutuelle de la fonction publique a mis en place quant à elle un mécanisme de minoration de cotisation pour bas revenu. La mutuelle connaissant le niveau de revenu de ses adhérents pratique des baisses de cotisation de 10 ou 20 %. Ce mécanisme qui concerne près de 11 000 des 440 000 adhérents est financé par un mécanisme de solidarité interne indépendant de son fonds d'action sociale.

Quelques organismes ont maintenu des cotisations fonction du niveau de revenu des personnes, ce qui induit de fait un mécanisme de solidarité interne entre cotisants.

A ce jour, on ne dispose toutefois d'aucun recensement à caractère général sur les actions conduites en la matière par les OC.

En marge, on peut également citer le cas d'un groupe de mutuelles qui a créé 3 garanties spécifiques pour les personnes dont les revenus excèdent très légèrement le plafond retenu pour accéder à l'ACS. Il s'agit de contrats responsables dont le coût est calculé au plus juste pour l'adhérent. En contrepartie, l'adhérent s'engage par exemple à privilégier l'utilisation de médicaments génériques et à demander des devis détaillés pour les actes importants.

PROPOSITION : Etudier la possibilité d'expérimentation de création de fonds en relation avec les fédérations, en priorité par les sociétés d'assurance qui ne disposent pas de fonds d'action sociale.

1.3.3.2. L'action sociale des caisses d'assurance maladie du régime général

L'essentiel de l'action sociale de la branche maladie du régime général consiste aujourd'hui dans l'attribution d'aides individuelles favorisant l'accès aux soins des assurés. L'attribution de ces aides est de la compétence exclusive des caisses primaires. Elles ont représenté, hors CGSS, 84 millions d'euros en 2005, soit plus de 60 % des 139 millions d'euros des dépenses d'intervention facultatives d'action sanitaire et sociale.

La politique d'attribution des aides individuelles des caisses a été impactée depuis 2001 par la mise en place d'une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire pour les populations en

marge de la CMU complémentaire. En 2001, la CNAMTS a demandé aux caisses locales de mettre en place un dispositif local d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire pour limiter l'effet de seuil induit par la CMU complémentaire. L'avenant à la COG signé le 7 mars 2002 a défini un dispositif national d'aide à la mutualisation vers lequel les dispositifs locaux déjà mis en place étaient appelés à converger. Les résultats du dispositif ont été décevants. Le montant de l'aide restait faible (115 euros pour une personne seule) et les contrats proposés par les organismes complémentaires qui répondaient au cahier des charges (remboursement sur les bases des prestations couvertes par la CMU complémentaires) laissaient un reste à charge important à l'assuré, dissuadant les bénéficiaires potentiels. C'est dans ce cadre qu'a été instauré à partir du 1^{er} janvier 2005 l'ACS.

Dans le cadre du dispositif précédent, au sein de la dotation paramétrique d'action sociale, une enveloppe a été réservée à compter de 2001, à l'accès aux soins des populations dont les ressources n'excédaient pas 10 % (jusqu'en 2003) puis 12,7 % (en 2004) le plafond de ressources de la CMU complémentaire. Les caisses ont été tenues d'imputer sur cette enveloppe ces seules aides et celles visant à couvrir, dans les limites des prestations et des tarifs de la CMU complémentaire, les soins restant à la charge des personnes n'ayant pas opté pour le dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire. Les caisses ont faiblement utilisé leurs enveloppes affectées (32 % en 2001 et 2002, 26 % en 2003).

Début 2005, suite à la mise en place de l'ACS, 70 millions d'euros ont été mis en réserve au niveau national pour son financement, ce qui a minoré d'autant le montant des crédits disponibles pour l'attribution des aides individuelles et de nombreuses caisses ont été conduites à revoir leurs critères ou barèmes d'attribution dans un sens plus restrictif. Finalement, compte tenu de la montée en charge plus lente que prévue de l'ACS, une partie de l'enveloppe de 70 millions d'euros mise en réserve pour son financement a été reversée aux caisses sous forme de crédits complémentaires notifiés en octobre. Ils n'ont été que très partiellement consommés par les caisses, les administrateurs n'ayant pas souhaité modifier leur politique d'attribution des aides en fin d'année.

Selon la Cour des comptes, la mise en place de l'ACS ne se serait pas traduite par des directives suffisamment claires et cohérentes de la caisse nationale quant aux nouvelles priorités de la politique des aides individuelles.

Les récentes orientations adoptées par la caisse nationale dans la perspective de la nouvelle C.O.G. distinguent en effet les populations susceptibles de bénéficier d'aides individuelles :

- les personnes bénéficiant de la CMU-C ou du dispositif légal d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, pour les prestations sanitaires qui ne seraient pas couvertes par les dispositifs légaux ;
- les personnes qui ont opté pour le dispositif légal d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé pour compléter, sur une période transitoire, leur participation au paiement de la cotisation d'adhésion à un organisme complémentaire (ainsi, à la CPAM de Reims, le complément majoré de 40 % l'ACS) ;
- les personnes ne bénéficiant pas du dispositif légal d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé.

Ces orientations, d'après la Cour des comptes « manquent de précision et de cohérence et ne définissent pas une politique de branche ». Aucun ordre de priorité n'est en effet établi entre ces 3 populations qui, prises ensemble, couvrent potentiellement l'ensemble des assurés sociaux.

La CNAMTS ne dit pas si elle entend désormais privilégier, dans une logique d'action sociale subsidiaire aux dispositifs légaux, les populations en marge de la CMU-C et de l'ACS, c'est-à-dire les populations dont les ressources se situent au-dessus du plafond CMUC + 15% (+ 20 % à compter du 1^{er} janvier 2007), ou si la couverture des besoins résiduels des assurés bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS reste pour elle prioritaire.

PROPOSITION : Demander à la CNAMTS de préciser davantage le champ d'intervention de son action sociale.
--

1.3.3.3. L'action sociale des autres caisses d'assurance maladie

Pour prétendre au bénéfice de l'intervention de l'action sanitaire et sociale des caisses régionales du régime social des indépendants (RSI) au titre de la prise en charge de tout ou partie des primes ou cotisations de complémentaire santé, les ressources du demandeur doivent être comprises entre le plafond d'attribution de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 30 % :

- entre plafond CMU et + 15 % : il peut alors prétendre à l'ACS ainsi qu'à l'aide de l'action sanitaire et sociale de la caisse régionale du RSI ;
- entre plafond CMU + 15 % et ce même plafond majoré de 30 %, il peut prétendre à la seule aide de l'action sanitaire et sociale.

Si tous les critères d'attribution de l'aide sont remplis, le bénéficiaire se voit remettre une attestation par la caisse mutuelle régionale (CMR) valable six mois qu'il remet à l'organisme complémentaire auprès duquel il a souscrit un contrat de couverture complémentaire santé.

C'est à réception du justificatif de souscription de ce contrat que la caisse régionale verse à l'assuré le montant de l'aide à laquelle il a droit.

6 tranches de revenu ont été définies, les 3 premières offrant une aide complémentaire l'ACS, les 3 dernières correspondant à des montants de revenus dépassant le plafond pour obtenir l'ACS. On notera que la tranche de revenu la plus élevée, permet d'obtenir une aide annuelle de 95 euros pour les personnes âgées de 0 à 59 ans, 172 euros pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

En 2005, 3 796 personnes ont bénéficié de cette aide pour un montant total de 367 381 €. Entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2006, 1 836 personnes ont été concernées pour un montant total de 164 540 euros.

La CCMSA ne dispose pas d'action spécifique de son action sociale en ce domaine.

1.3.3.4. L'aide à la complémentaire santé financée par les départements

La DREES (direction de la recherche du ministère de la santé et des solidarités), dans le cadre de son enquête annuelle sur l'aide sociale légale, interroge également les départements sur le volet de l'aide sociale facultative mais leur réponse sur ce champ n'est pas obligatoire. Ainsi, concernant l'année 2005, sur la base des résultats partiels disponibles à ce jour, sur 76 réponses exploitables, 28 départements déclarent avoir pris en charge tout ou partie des cotisations à une complémentaire santé. Concernant le détail de l'intervention (combien de bénéficiaires, quel montant), les réponses sont encore moins nombreuses.

L'Observatoire national de l'action sociale décentralisée réalise quant à lui une enquête annuelle sur les dépenses d'aide sociale sur un échantillon de département (1/3) mais l'identification précise des dépenses étudiées apparaît difficile à établir.

Il n'a donc pas été possible de compléter ou recouper les informations issues de la DREES par ce biais.

Une recherche sur les sites internet des Conseils généraux confirme la difficulté à trouver cette information. On citera cependant l'exemple du département de la Seine-Maritime qui propose sur son site une aide destinée aux familles à revenus modestes (plafond de ressources : RMI + 50 %) finançant jusqu'à 50 % de la cotisation de complémentaire santé dans le cadre d'une convention tripartite bénéficiaire, département et organisme complémentaire. A l'inverse, rien n'a été trouvé sur le site internet du département des Hauts-de-Seine qui déclare avoir versé 1 440 000 euros à 5 743 bénéficiaires en 2005 dans le cadre de l'enquête conduite par la DREES.

2. FAVORISER L'ACCES A TOUS LES SOINS POUR LES POPULATIONS DEMUNIES

2.1. Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C

L'observation des dépenses d'assurance maladie porte très rarement sur un public particulier : les caisses d'assurance maladie gèrent les dossiers d'assurés sociaux qui sont égaux en matière de remboursements de soins, sans disposer d'aucun élément identifiant pouvant référer à leur situation sociale. Les critères pouvant être utilisés en matière d'observation sont ceux qui sont propres aux individus (âge et sexe) ou à leur état de santé (affections de longue durée).

L'observation d'une tranche de population, comme celle des bénéficiaires de la CMU-C, a donc une certaine originalité : la CMU détermine un niveau de revenus, mais ne prend pas en compte l'état de santé, ni l'âge (même si on sait par ailleurs que les personnes âgées sont a priori absentes de la prestation).

La comparaison des consommations de soins pose des problèmes méthodologiques. Il est en effet peu pertinent de comparer des moyennes de consommation de soins, dès lors que la courbe des dépenses de soins par individu est exponentielle, avec une très forte concentration des dépenses sur le dernier décile, voire le dernier centile de la population.

Il faut également éviter qu'un échantillon d'assurés, relativement limité pour les bénéficiaires de la CMU, subisse de fortes déformations par la présence (ou l'absence) de quelques assurés gravement malades.

2.1.1. Des dépenses d'un niveau proche de celui du reste de la population

Les données utilisées ici sont celles de l'EPAS (échantillon permanent des assurés sociaux). Elles datent de 2002, la CNAMTS n'ayant pas procédé à de nouvelles exploitations de ses bases sur ce sujet depuis cette date.

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

Pour 2002, l'EPAS comporte 72 000 bénéficiaires du régime général habitant en métropole, dont 6 500 couverts par la CMU-C. Seules les personnes consommatrices de soins font partie de l'échantillon.

Les données disponibles portent sur la totalité des soins (ville et hôpital) pour 2000, 2001 et 2002.

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

L'analyse de la consommation de soins par décile de la population de l'EPAS est très éclairante également. Pour 2002, dans le dernier décile de cette population, c'est à dire ceux qui ont la dépense de soins la plus importante, les bénéficiaires de la CMU-C sont légèrement surreprésentés (9,2 % du décile versus 8,9 % de la totalité de l'échantillon). Mais surtout, l'écart de consommation se concentre sur ce décile (pour les autres déciles, la consommation d'un bénéficiaire de la CMU-C est identique à celle des autres patients du régime général).

Au sein du dernier décile, la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C est supérieure de 33 % à celle des autres patients (15 125 € versus 11 310 €). Si la dépense de soins de ville est inférieure pour les bénéficiaires de la CMU-C (3 095 € versus 4 269 €), leur dépense hospitalière est supérieure de 71 % à celle des autres patients (12 030 € versus 7 041 €).

Enfin, les 10 % des consommateurs du dernier décile bénéficiaires de la CMU-C engendrent 74 % de la dépense totale des bénéficiaires de la CMU-C (10 % des autres assurés du régime général dépendent pour leur part 66 % du total).

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

En 2002, un bénéficiaire de la CMU-C (consommant) a dépensé 2 133 € en moyenne, soit près de 25 % de plus qu'un autre patient du Régime général (1 700 €). A âge et sexe équivalents, cet écart est encore plus important puisqu'il atteint près de 90 %. Comme il a été présenté précédemment, cet écart résulte du seul dernier décile (le plus malade) de la population et il convient donc de prendre en compte la relativité de ces chiffres compte tenu des aléas statistiques (un décile l'échantillon de bénéficiaires de la CMU représente 600 individus).

Cet écart est dû aux seules dépenses hospitalières. Même si les données doivent être maniées avec prudence, en 2002, un bénéficiaire de la CMU-C a en moyenne consommé 1 342 € de soins hospitaliers contre 756 € pour les autres. Il recourt effectivement davantage à l'hôpital et, pour un coût nettement plus élevé en moyenne en cas d'hospitalisation : 36 % de ces patients ont fréquenté l'hôpital et 20 % ont été hospitalisés pour un coût moyen de 6 510 €. Les non bénéficiaires n'ont été que 18 % à avoir été hospitalisés au cours de l'année, leur dépense s'élève alors à 4 253 € en moyenne par patient.

Un des indicateurs du programme 183 de la loi de finances est relatif à la comparaison entre les dépenses des bénéficiaires de la CMU et celles des autres assurés sociaux.

Il est nécessaire d'expliquer cet indicateur de manière à ne pas favoriser des discours qui ne correspondent pas à la réalité. Si les bénéficiaires de la CMU, en moyenne générale, consomment beaucoup plus que l'assuré normal, c'est que, pour une part limitée d'entre eux (mais qui pèse fortement sur la moyenne), leur état de santé est particulièrement dégradé.

La CNAMTS doit renouveler cette étude en 2007.

2.1.2. Une dépense de soins un peu particulière

Les soins de ville auxquels ont recours les bénéficiaires de la CMU-C ne se répartissent pas comme ceux des autres assurés sociaux : les honoraires concernent plus souvent des généralistes que des spécialistes. Cette préférence pour la médecine générale est aussi celle qui est constatée dans d'autres études concernant les consommations de soins selon les catégories socioprofessionnelle : les ouvriers et les employés s'adressent en première intention aux médecins généralistes.

Les prescriptions sont globalement moins élevées pour les bénéficiaires de la CMU-C. Les taux de consommateurs sont plus faibles et de même que le montant de la dépense moyenne.

	CMU		NON CMU	
	% consommateurs	Moyenne consommation	% consommateurs	Moyenne consommation
Dépense ambulatoire	99,7 %	794 €	99,7 %	948 €
Honoraires	96,9 %	300 €	96,2 %	318 €
Omnipraticiens	90,6 %	146 €	85,8 %	119 €
Spécialistes	56,4 %	170 €	66,3 %	210 €
Dentaire	34,7 %	167 €	38,3 %	160 €
Prescriptions	96,0 %	473 €	94,6 %	631 €
Auxiliaires médicaux	26,6 %	229 €	30,3 %	330 €
Infirmiers	17,6 %	154 €	20,6 %	240 €
Masseurs kiné	8,9 %	229 €	12,5 %	334 €
Biologie	38,3 %	114 €	45,9 %	120 €
Pharmacie	94,4 %	331 €	92,0 %	417 €
Optique	12,8 %	36 €	17,1 %	24 €
LPP	27,3 %	122 €	25,2 %	217 €

Source : CNAMTS.

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

2.1.3. Une approche à partir de la part complémentaire de la dépense de soins

Une autre comparaison peut être établie en rapprochant les dépenses prises en charge au titre de la CMU-C et celles qui le sont par les organismes complémentaires pour les assurés sociaux hors CMU-C. Les « Comptes nationaux de la santé » (DREES, juillet 2006) fournissent un point de comparaison portant sur la structure des dépenses complémentaires de santé prises en charge pour la population générale et pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, hors des dépenses couvertes par les autres financeurs (Sécurité sociale, Etat, ménages).

Le tableau suivant permet une telle comparaison : il présente la structure des dépenses de santé en 2005, population France entière comparée aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Total OC	CMU-C (coût moyen CNAMTS Métropole 2004)
Etablissements	12,2 %	14,9 %	15,8 %	13,5 %	23,5 %
<i>Médecins</i>	16,9 %	19,4 %	18,4 %	17,8 %	18,2 %
<i>Auxiliaires médicaux</i>	5,8 %	5,0 %	2,7 %	5,0 %	4,7 %
<i>Dentistes</i>	15,0 %	15,9 %	19,0 %	16,0 %	15,0 %
<i>Laboratoires</i>	4,6 %	4,7 %	3,5 %	4,4 %	4,2 %
<i>Transports</i>	0,4 %	0,6 %	0,2 %	0,4 %	1,1 %
Soins en ville	42,8 %	45,6 %	43,9 %	43,7 %	43,1 %
<i>Pharmacie</i>	34,0 %	26,6 %	22,1 %	29,9 %	31,7 %
<i>Autres biens médicaux</i>	11,0 %	13,0 %	18,3 %	12,9 %	1,7 %
Biens médicaux en ville	45,0 %	39,6 %	40,4 %	42,8 %	33,4 %

Sources : DREES, CNAMTS.

La répartition des dépenses montre une proportion plus importante de dépenses en établissements pour la CMU complémentaire que pour la moyenne de la population française.

On constate une forte similitude de la part globale et détaillée des dépenses pour les soins de ville entre les deux agrégats. Les différences principales concernent les transports (plus élevés dans le cadre de la CMU complémentaire, probablement liés à la forte part des établissements), l'accès plus fréquent aux médecins, et un poste dentaire légèrement inférieur à la moyenne française.

Le poste pharmacie montre une consommation légèrement plus élevée de la part des bénéficiaires de la CMU complémentaire, à relativiser au vu de celle des mutualistes.

En revanche, c'est bien la consommation des « autres biens médicaux » (prothèses, appareillages) qui vient compenser l'écart remarqué au niveau des établissements : les bénéficiaires de la CMU complémentaire montrent une sous-consommation très importante en matière de biens médicaux en ville (7 fois moindre que la moyenne des français). On peut penser qu'il s'agit principalement de l'effet de l'encadrement des tarifs au sein de la CMU complémentaire, en particulier en ce qui concerne l'optique, ou plutôt du « non encadrement » de la prise en charge de cette prestation dans certains organismes complémentaires. Il est aussi possible qu'il y ait une certaine sous-consommation de ces biens médicaux, sans pouvoir dire si il s'agit d'un problème d'offre de soins ou de demande des assurés.

2.1.4. Une évolution de la dépense CMU-C proche de celle de l'ONDAM

L'évolution des dépenses de CMU complémentaire peut être étudiée à partir de la dépense moyenne calculée pour l'ensemble des régimes.

Une estimation des dépenses 2005 peut être réalisée, puisque les régimes obligatoires ont communiqué leurs dépenses 2005 payées au titre de 2005, et qu'il est possible d'extrapoler le taux de dépenses qui seront payées en 2006 au titre de 2005.

L'estimation des dépenses 2005 situe la dépense 2005 de la CNAMTS à environ 337 € pour la métropole. Il est difficile d'avoir des données complètes pour les DOM : néanmoins la dépense des DOM est un peu plus faible que celle de la métropole, et tire la dépense moyenne « France entière » vers le bas (- 5 €).

Le taux de croissance des dépenses de CMU-C est comparable à celui des dépenses de santé. Même si les bases ne sont pas les mêmes, il est possible de comparer le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie de l'ONDAM et celui de la CMU-C qui porte sur la part complémentaire des dépenses. Les évolutions sont proches, et viennent contredire l'opinion fréquemment exprimée d'une flambée des dépenses de CMU-C et d'un abus de consommation.

En euros

METROPOLE	Dépense unitaire par an				Estimation 2005
	2001	2002	2003	2004	
Régime général	277,4	300,7	309,9	322,8	337,0
Régime agricole	250,2	266,8	288,1	302,6	308,4
Régime des travailleurs indépendants	224,0	250,2	270,9	274,1	296,0
Organismes complémentaires	252,5	272,1	290,9	304,5	317,1
	Croissance de la dépense unitaire par an				Estimation 2005
	2001	2002	2003	2004	
Régime général		8,4 %	3,1 %	4,2 %	4,4 %
Régime agricole		6,6 %	8,0 %	5,0 %	1,9 %
Régime des travailleurs indépendants		11,7 %	8,3 %	1,2 %	8,0 %
Organismes complémentaires		7,8 %	6,9 %	4,7 %	4,1 %
Evolution de l'ONDAM		7,1 %	6,4 %	4,9 %	4,0 %

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM, OC.

2.2. L'état de santé des populations démunies

Pour bien comprendre les spécificités de l'état de santé et donc des besoins de soins des populations les plus démunies, un rappel concernant la structure de la population couverte par la CMU (ici retenue comme référence de la population concernée) est nécessaire.

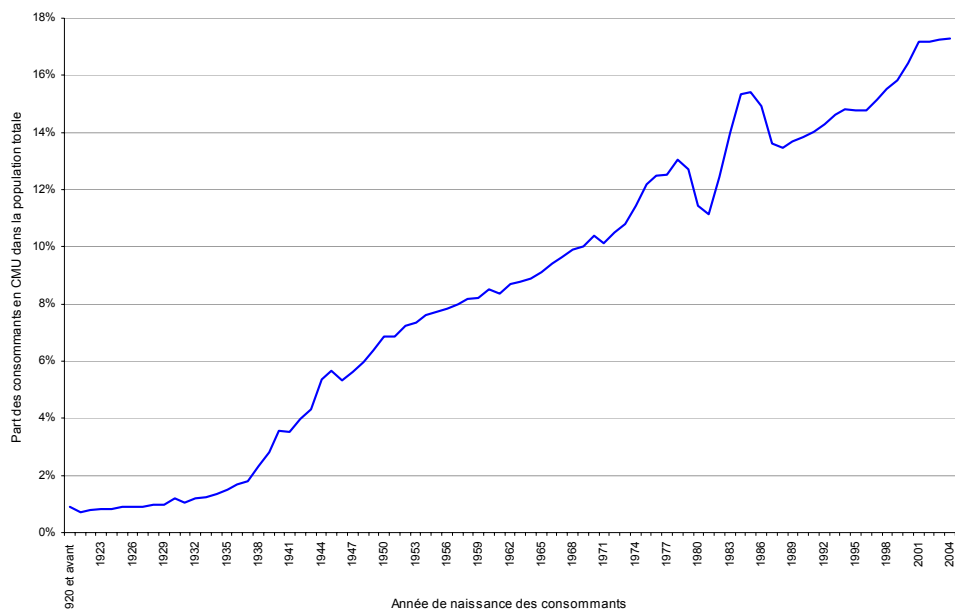
2.2.1. Une structure spécifique de la population bénéficiant de la CMU

La population bénéficiant de la CMU complémentaire, du fait des textes régissant la CMU mais aussi pour des raisons spécifiques à la population concernée par le dispositif, possède trois caractéristiques.

Tout d'abord, du fait du plafond de ressources pour accéder à la prestation, la population avec la CMU complémentaire ne comporte en proportion de la population générale, que très peu de personnes de plus de 65 ans (le minimum vieillesse est supérieur au plafond d'accès à la CMU).

Ensuite, la population bénéficiant de la CMU complémentaire comprend une proportion de femmes plus importante que dans la population nationale (entre 20 et 40 ans principalement).

Enfin, les enfants et les jeunes (les moins de 20 ans) bénéficiaires de la CMU apparaissent en plus grand nombre que dans le reste de la population. Ce dernier point apparaît clairement dans la structure de la population consommante disponible à partir des données de la CNAMTS :



Source : CNAMTS – bénéficiaires consommant de l'année 2005 - Régime général - hors mutuelles - hors DOM
Soins de ville du risque maladie en date de remboursement

Ce graphique montre que plus de 15 % des enfants consommateurs du régime général (moins de 20 ans) sont bénéficiaires de la CMU. A l'inverse, les bénéficiaires de la CMU complémentaire de plus de 65 ans ne représentent que 1,4 % des consommateurs pour cette classe d'âge. Les bénéficiaires âgés de 20 à 65 ans ne représentent que 9 % des consommateurs, ce qui est proche de leur poids dans la population nationale.

Première remarque relative aux besoins de santé : la CMU permet un large accès aux soins à des enfants qui n'en bénéficieraient pas autrement. Ce sont près de 1,9 million d'enfants qui étaient concernés en 2005 (moins de 20 ans).

2.2.2. Des inégalités fortes en matière de santé

L'état de santé et les besoins en la matière des populations les plus démunies restent préoccupantes à plus d'un titre, et montrent encore aujourd'hui une dégradation qui est proportionnelle au niveau de précarité économique et sociale des individus.

A cet égard, les centres d'examens de santé (CES) de la CNAMTS publient des données particulièrement significatives. Les informations recueillies par ces centres d'examens de santé sont regroupées et analysées au sein du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF) et concernent près de 600 000 personnes en 2005, toutes CSP confondues. Le CETAF et les CES ont défini un indicateur de niveau de précarité qui permet d'identifier les individus précaires économiquement ou socialement, indépendamment des critères administratifs habituels, comme peut l'être la CMU par exemple. Les résultats à suivre concernent donc une population plus large que celle bénéficiant de la CMU.

Un premier constat concerne les comportements ou les situations à risque, qui augmentent proportionnellement avec la précarité. Systématiquement, les consommations de tabac, d'alcool, ou encore de psychotropes, sont plus élevées en moyenne pour la population précaire que pour la population non précaire.

A l'inverse, l'accès effectif aux soins baisse avec l'augmentation du niveau de précarité mesuré. C'est ainsi qu'en 2004, la proportion de personnes n'ayant pas consulté de médecin depuis 2 ans (toutes spécialités confondues) était 1,5 fois plus élevée dans la population précaire que dans la population non précaire. Depuis la mise en place du parcours de soins suite à la loi d'août 2004, alors que le passage par le médecin généraliste est désormais un point obligé de l'accès aux soins, il devient urgent de faire baisser ce taux, en particulier en ce qui concerne le recours au médecin généraliste.

Confirmant les résultats issus des enquêtes santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES, les populations précaires montrent également un accès aux soins dentaires déficient : le nombre de dents cariées est le double chez les précaires que chez les non précaires en 2004.

Ces deux indicateurs élémentaires de mesure de l'accès au soins (donc de besoins de soins potentiellement non satisfaits) sont confirmés par d'autres indicateurs d'état de santé et de besoin de soins :

- prévalence des troubles auditifs plus élevée chez les précaires ;
- déficits visuels supérieurs à tous les âges chez les précaires ;
- fréquence de l'obésité supérieure chez les précaires, en particulier pour les femmes ;
- fréquence de l'hyperglycémie en augmentation plus rapide avec l'âge chez les précaires ;
- entre 25 et 59 ans, 11,5 % des hommes et 5,9 % des femmes précaires présentent un indice de vieillissement accéléré (contre 5,4 % des hommes et 3,3 % des femmes non précaires).

Quel que soit l'indicateur retenu, les résultats sont convergents pour décrire un état de santé encore trop inégal entre populations précaires et non précaires.

Dans son rapport 2005 de l'Observatoire de l'accès aux soins (juillet 2006), l'association Médecins du Monde effectue un constat similaire mais aggravé en raison de la situation particulièrement difficile des publics accueillis (il s'agit de personnes qui s'adressent à MDM parce qu'elles n'ont pas accès aux soins). 26 348 personnes ont été reçues en 2005 dans les 21 centres d'accueil, de soins et d'orientation de l'association. Outre certaines pathologies plus fréquentes mises en évidence, l'association identifie des taux élevés de soins urgents non satisfaits. Médecins du monde confirme ainsi le lien majeur existant entre l'accès aux droits et l'accès aux soins : les personnes dont les droits ne sont pas à jour sont systématiquement en plus mauvais état de santé que celles dont l'accès aux soins n'est pas entravé par des problèmes administratifs ou financiers.

Cette situation d'exclusion des droits est celle que la création de la CMU-C a en partie améliorée, par une rationalisation et une accélération des procédures d'ouverture de droits et donc d'accès aux soins.

2.2.3. ...dont les causes dépassent le seul accès aux soins

L'état de santé ne se résume toutefois pas à l'accès aux soins.

Les enquêtes les plus utilisables pour faire des comparaisons sont celles qui intègrent les catégories socioprofessionnelles (DREES, IRDES, INSEE, HCSP, FNORS) : à travers ces études, on note que les données sur les ouvriers sont celles qui se rapprochent le plus des caractéristiques des publics de la CMU-C. Elles permettent d'établir un certain nombre de comparaisons avec d'autres catégories sociales (Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale, Collection Etudes et résultats, février 2005, DREES).

La question des inégalités de santé a fait l'objet d'un important rapport du Haut Comité de Santé Publique (La santé en France, 2002). Ce rapport souligne la situation paradoxale qui oppose un effort important de la collectivité en matière de dépenses de soins et une couverture sociale généralisée (notamment grâce à la CMU), à la persistance d'importantes inégalités en matière de santé.

De nombreux travaux confirment que l'état de santé des personnes est fortement tributaire de leur situation sociale (à signaler par exemple : Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle

place pour le système de santé, Collection Question d'économie de la santé n° 92 et 93, 2005, IRDES). Pour ne prendre qu'un indicateur synthétique, à 35 ans, la différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier est de 3 ans chez les femmes et de 7 ans chez les hommes (Les différences sociales de mortalité, juin 2005, INSEE).

Les situations de pauvreté et de précarité durables ont naturellement tendance à accroître les facteurs de risque déjà présents dans les populations qui ont un faible niveau de qualification.

Ces constats font apparaître que les soins curatifs autour desquels est organisé le système de santé, n'ont qu'un rôle partiel pour réduire les inégalités de santé. Différents travaux essaient de trouver des explications à la persistance d'un état de santé moins favorable.

Certains facteurs ayant trait à l'enfance et à la famille marquent les trajectoires : les travaux sur les histoires de vie montrent l'impact social d'une longue durée dans les situations difficiles. C'est particulièrement vrai pour les personnes vivant dans des situations d'exclusion. Une enquête estime à 30 % de son échantillon la part des SDF qui ont été placés à l'aide social à l'enfance (ASE) pendant l'enfance ou l'adolescence (INSEE, Economie et statistique 391-2, 2006).

Les conditions de vie ont un rôle aggravant : conditions de logement, de transports, rapport aux situations de risque, état de l'environnement (Etudes dans le réseau des ORS, en Nord-Pas-de-Calais notamment). Les conditions de travail défavorables (travail de nuit, travail dangereux, situations de domination et d'absence d'initiative, emplois précaires, etc.) ont elles aussi un effet amplificateur, tout comme le niveau d'éducation qui rend plus difficile l'accès à la prévention et aux soins nécessaires.

Ces facteurs peuvent se cumuler et dégrader d'autant la situation : les soins interviennent en aval, sur les conséquences d'évènements liés aux trajectoires et aux conditions de vie. Des travaux ambitieux tentent d'approcher ce jeu complexe d'interrelation entre conditions de vie et état de santé, notamment ceux de l'INSERM (Santé, inégalité et rupture sociales dans les zones urbaines sensibles en Ile-de-France, I. Parizot, P. Chauvin, J-M. Fridion, S. Paugham, travaux réalisés dans le cadre de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, 2004).

Le rapport d'évaluation ne fait ici qu'un bref et partiel rappel des travaux engagés pour comprendre les questions posées par l'état de santé de la population fragilisée par la pauvreté. Cette meilleure compréhension n'a pas un rôle académique, mais vise l'action et une évolution des politiques publiques. La loi relative à la politique de santé publique a permis de fixer des indicateurs de santé transversaux qui vont se décliner dans des objectifs à atteindre pour améliorer la situation (L'Etat de santé de la population en France en 2006, DREES). La prise en compte de la pauvreté traverse un grand nombre de ces objectifs (obésité, alcool, risques professionnels, etc.).

2.2.4. Le regard de l'ONPES, de l'ONZUS et du CNLE

Des travaux sont réalisés par des organismes publics consacrés à la lutte contre l'exclusion, permettant de développer plus largement les questions pouvant porter sur les déterminants de santé.

L'Observatoire national de la pauvreté et de la lutte contre l'exclusion (ONPES) n'a pas inscrit dans ses priorités des travaux sur l'accès aux soins : il a réalisé ses premiers rapports pendant la période de montée en charge de la prestation. Les besoins prioritaires de connaissance ont porté sur la mesure de la pauvreté et sa répartition territoriale, sur ses formes nouvelles (précarisation des publics jeunes, travailleurs pauvres etc.), sur les questions de logement et de revenus. La question de la santé croise naturellement ces diverses dimensions. Certains travaux portent notamment sur des publics particuliers qui peuvent ressentir vivement l'écart entre leurs attentes et l'offre de soins telle qu'elle se présente.

L'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) est de création plus récente (2004) et a une visée plus opérationnelle, sur le périmètre des sites de la politique de la ville. Il s'est penché sur l'offre médicale dans les quartiers directement concernés par la politique de la ville. Il a exploité les données de l'enquête décennale santé de l'INSEE : les résidents des ZUS se déclarent en plus mauvaise santé, ont plus d'incapacités et sont plus souvent hospitalisés que le reste de la population.

L'indicateur concernant les bénéficiaires de la CMU-C a été utilisé pour réaliser une enquête sur les revenus des résidents des ZUS (le barème de la CMU est en effet celui qui est le plus proche du seuil de pauvreté, sans être réservé à un public particulier). En moyenne, le quart des personnes de moins de 60 ans résidant dans les ZUS bénéficient de la CMU-C, avec de fortes variations d'un quartier à l'autre. Cet indicateur est intéressant pour mieux identifier des concentrations de pauvreté sur des périmètres donnés, et peut être un élément important à mettre en relation avec l'offre de soins.

Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et de l'exclusion sociale (CNLE) est une instance de consultation réunissant élus, associations et administrations, pour évoquer les questions se rapportant à l'exclusion et pour donner un avis sur les mesures gouvernementales. Pour lui aussi, les priorités ont porté sur d'autres sujets que la CMU-C, en raison de la nette amélioration de l'accès aux droits apportée par cette dernière. La satisfaction globale manifestée vis-à-vis de la prestation n'empêche pas un certain nombre de critiques concernant par exemple les difficultés de domiciliation pour les personnes sans domicile, l'extension de la dispense d'avance des frais au-delà de la CMU, ou l'insuffisance du barème de la CMU qui a fait l'objet de revalorisations a minima.

La domiciliation, qui concerne une fraction des bénéficiaires en grande difficulté, a fait l'objet d'un groupe de travail spécifique sous la responsabilité de la DGAS. Ce travail devrait être suivi d'une modification de la procédure, voire trouver une assise législative, la question de la domiciliation ayant un caractère récurrent.

2.2.5. CMU et état de santé

La place de la CMU doit être ainsi bien définie : la prestation ne permet pas de faire plus que ce que le système de santé sait faire face à des pathologies ou à des problèmes de santé publique. De même, elle n'intervient pas sur les déterminants fondamentaux des inégalités sociales face aux problèmes de santé.

En revanche, la CMU a un rôle essentiel pour participer à la limitation de la pauvreté définit comme étant le cumul des insécurités est issue des rapports du Conseil économique et social (CES) de 1987 par J. Wresinski et 1995 par G. De Gaulle-Antonioz (voir aussi l'Insécurité sociale, Robert CASTEL, 2003, REPID SEUIL).

En assurant la prise en charge des soins courants, dans un cadre juridiquement sécurisé (toute la famille est prise en charge pour un an, pour tous les soins), la CMU permet aux familles de consacrer leurs efforts à d'autres dépenses (logement, éducation, déplacements etc.), ce qui contribue à améliorer leurs conditions de vie, et par là même leur état de santé.

Dans ce rapport, on peut dire que deux publics se sont dégagés comme des usagers importants de la CMU-C.

D'une part, on trouve une minorité de personnes souffrant de problèmes de santé majeurs et durables, qui représentent une part importante des dépenses de soins.

D'autre part, on recense des familles et leurs enfants qui vivent avec des revenus très modestes : 17 % des enfants de moins de 10 ans bénéficient de la CMU-C. A titre d'illustration, il suffit de prendre en considération l'impact économique que peut avoir la prise en charge des dépenses de soins courants dans une famille monoparentale de 3 enfants qui disposent de moins de 1256 € par mois (plafond CMU-C) pour vivre. Dans ce cas, la CMU-C est aussi une prestation redistributive, dont le rôle dépasse largement son montant moyen de 340 € par an. Sans cette aide, le fragile équilibre économique risque toujours de se briser et de placer cette famille devant un choix impossible : soigner les enfants ou payer le loyer et les charges.

2.3. Les refus de soins

La partie qui suit reprend pour l'essentiel le travail réalisé par Jean-François Chadelat, inspecteur général des affaires sociales, à qui Xavier Bertrand avait confié un rapport spécifique sur ce thème.

2.3.1. Définir le refus de soins

Il est nécessaire pour comprendre l'existence de ce que l'on dénomme de façon simplifiée les « refus de soins » de se reporter à la création du dispositif de la CMU par la loi du 27 juillet 1999.

Depuis près de trente ans, avec les lois de généralisation de la sécurité sociale de 1975 et 1978, les gouvernements successifs ont tous cherché à faire bénéficier de la sécurité sociale les personnes qui n'étaient pas couvertes. Cette volonté s'est retrouvée également dans les propositions présentées par Alain Juppé le 15 novembre 1995 devant le Parlement. L'idée avancée était alors la création d'une assurance maladie universelle (AMU). Le changement de gouvernement au printemps 1997 ne lui a pas permis de mener à terme ce projet. Martine Aubry, ministre des affaires sociales, reprit l'idée sous une forme un peu différente, et elle la conduisit à son terme avec la loi du 27 juillet 1999 créant la couverture maladie universelle : la CMU.

Les caractéristiques de cette loi peuvent être résumées de façon simplifiée selon le schéma suivant.

Le caractère universel de l'assurance maladie est affirmé par le jeu d'une simple condition de résidence régulière sur le territoire français pendant trois mois, c'est ce qui permet l'attribution de la CMU de base.

La grande novation et la différence entre la CMU et l'AMU, réside dans l'instauration d'une assurance santé complémentaire pour la partie la plus pauvre de la population : la CMU complémentaire (CMU-C), une assurance complémentaire santé gratuite pour ses bénéficiaires.

Cette volonté d'égalité de traitement, affirmée par le législateur, se retrouve dans d'autres dispositions du texte de loi dont le fondement revient à considérer ceux qui se trouvent en dessous du plafond de ressources de la même façon que les autres.

Parmi les conséquences directes de ce postulat de base, figure le fait que le bénéficiaire de la CMU doit pouvoir avoir accès à toutes les formes de médecine, exactement comme les autres assurés sociaux. En aucun cas, on ne doit le cantonner dans une « médecine de pauvre » : dispensaires, centres de santé, hôpitaux utilisés en premier recours.

Mais comme le fonctionnement du dispositif de santé en France autorise des coûts spécifiques qui sont supportés directement par les patients, il était nécessaire que la loi du 27 juillet 1999 résolve cette difficulté, car elle aurait eu pour conséquence d'empêcher le bénéficiaire de la CMU d'accéder à toutes les formes de soins.

Ainsi le médecin inscrit en secteur 2, c'est-à-dire avec le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires, est obligé pour le bénéficiaire de la CMU de pratiquer les tarifs de base de la sécurité sociale, sans dépassement. De façon analogue, le dentiste, qui dispose d'une liberté tarifaire en matière de prothèses, se voit contraint par la loi CMU de pratiquer des tarifs prothétiques imposés.

En contrepartie, ces professionnels bénéficient de majorations de leurs tarifs normalement pris en charge par l'assurance maladie : jusqu'à 5 € de majoration pour les médecins spécialistes, 11,5 % pour les chirurgiens, forfait CMU pour les prothèses dentaires).

Le fondement même de la loi CMU étant de traiter le bénéficiaire de la CMU comme un assuré social comme les autres, le fait qu'un professionnel de santé ne respecte pas ce principe de base en n'acceptant pas de recevoir des bénéficiaires de la prestation, est à l'origine de ce que l'on appelle du terme générique « refus de soins ».

2.3.2. Mesurer le refus de soins

2.3.2.1. Les données recueillies

D'après les recherches effectuées pour ce rapport, c'est l'association « Médecins du monde » qui, la première, a fait publiquement référence à des refus de soins de la part de professionnels de santé envers des bénéficiaires de la CMU. Elle a publié le 25 juin 2003 le rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de sa Mission France. Ce rapport décrit une enquête téléphonique anonyme (testing) menée auprès de 230 dentistes libéraux choisis de manière aléatoire dans 11 villes de France. Selon ce document, dans 35,3 % des cas, les dentistes ont refusé de soigner un bénéficiaire de la CMU.

Quelque mois plus tard, la DREES (ministère de la santé et des solidarités) a réalisé une enquête auprès de 3000 ménages bénéficiaires de la CMU en 2003 (Etudes et résultats n° 294 – Mars 2004). Il en ressort que « 15 % des personnes interrogées déclarent qu'il leur est arrivé qu'un médecin ou un autre professionnel de santé refuse de les recevoir parce qu'elles sont bénéficiaires de la CMU. Les professionnels de santé les plus souvent cités sont les médecins spécialistes (7 % des personnes interrogées), les dentistes (6 %) et pour une moindre part, les médecins généralistes (2 %) ». A 80 %, ces personnes ont obtenu un rendez-vous auprès d'un autre professionnel. « L'opinion qui prévaut toutefois parmi les bénéficiaires de la CMU est globalement celle d'une égalité de traitement avec les autres assurés sociaux. Ainsi, 86 % des personnes interrogées indiquent avoir l'impression d'être considérées comme les autres patients dans leurs relations avec les professionnels de santé. Pour les personnes qui ont fait l'expérience d'un refus de la part d'un professionnel de santé, l'opinion contraire est cependant quatre fois plus fréquente que pour les personnes n'ayant pas subi de tels refus (39 % contre 10 %). »

En novembre 2004, l'association « UFC - Que Choisir ? » effectuait un nouveau testing auprès de 287 spécialistes. La situation apparaissait très contrastée entre des départements sans refus de soins (Hérault, Lozère, Nord, Pas-de-Calais) et Paris et la région parisienne où les taux de refus se situaient entre 33 % et 40 %.

Ayant connaissance de ces éléments et régulièrement informé de cas de refus de soins, le Fonds CMU a décidé de lancer une étude pour objectiver la situation.

Cette étude, rendue publique en juin 2006, visait à quantifier et à expliquer le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire lors de la prise de rendez-vous téléphonique. Elle a été réalisée par DIES (Développement, Innovation, Evaluation, Santé, organisme d'études filiale de la Fondation de l'Avenir).

Il s'agissait d'explorer la première étape dans le processus de l'accès aux soins, l'accès primaire. Pour les bénéficiaires de la CMU qui éprouvent un besoin et qui ont fait valoir leurs droits, ceux-ci permettent-ils un accès effectif aux soins ?

Quelques études et les retours des professionnels de terrain font état de refus de certains professionnels de santé à recevoir les bénéficiaires de la CMU. Cependant, ces résultats restaient parcellaires et strictement descriptifs et ne livraient aucun élément qui caractériserait les professionnels qui refusent. Il s'agissait donc de mesurer ces refus, de les analyser et d'essayer d'en comprendre les origines et les causes. Pour cela, DIES s'est doté d'une méthodologie double, par testing et entretiens.

Le fait de refuser d'accorder un rendez-vous étant considéré comme une pratique à la fois illégale et non déontologique, ces pratiques ne sont pas toujours avouées par les praticiens qui les exercent. C'est pourquoi, il était nécessaire de mobiliser une méthodologie non fondée sur des discours mais sur l'observation de pratiques. Le choix s'est porté sur un testing téléphonique, afin d'analyser in situ les situations concrètes.

Un échantillon de 6 villes du département du Val-de-Marne a été sélectionné pour leurs caractéristiques contrastées (démographie et taux de CMU) et au sein desquelles plusieurs catégories de professionnels ont été appelées. Il s'agissait d'une prise de rendez-vous fictive. La première partie du scénario était homogène, de manière à pouvoir la traiter statistiquement. Le reste des échanges au téléphone, plus riche, a fait l'objet d'une analyse qualitative. Lors des échanges, il s'agissait notamment de pouvoir imputer le refus au fait que le patient bénéficiait de la CMU. En cas de manque d'éléments pour conclure, un deuxième appel (autre patient n'ayant pas la CMU) permettait une vérification des assertions (manque de place, notamment).

D'autre part, des entretiens avec quelques médecins et dentistes des 6 villes en question, ont complété la méthodologie de manière à comprendre les logiques à l'œuvre, expliquant les attitudes différenciées des professionnels.

Les résultats chiffrés sont les suivants (224 professionnels appelés). Les médecins généralistes en secteur 1 acceptent la CMU ; les refus constituent des exceptions : 99,4 % de rendez-vous accordés. Le taux de refus est plus fort chez les médecins généralistes de secteur 2 (16,7 %). Les médecins spécialistes ont un taux de refus élevé (41,0 %), proche de celui des dentistes (39,1 %). Les refus parmi les dentistes s'avèrent très élevés par rapport à ce quoi on pouvait s'attendre, puisque le testing n'explorait que le refus pour des soins « standard ». On peut présumer que le taux de refus pour des prothèses aurait été encore plus élevé.

L'analyse qualitative du testing permet de voir qu'au-delà des refus de rendez-vous, d'autres formes de discrimination peuvent être observées : restrictions des soins (accord pour des soins mais pas de prothèses pour certains dentistes), aménagements ou horaires spécifiques, etc. La qualité de l'accueil apparaît très variable.

L'analyse des échanges permet d'observer les stratégies d'évitement quand il y a un refus : présentation de celui-ci comme une obligation (quotas, par exemple) ou pour le bien du patient (« pour que vous n'ayez pas à payer un dépassement »). Elle permet de constater que dans une grande majorité des cas, les refus sont annoncés clairement comme en lien avec la CMU.

Certains échanges même brefs ont également permis d'avancer des hypothèses explicatives au refus. Ils pourraient être notamment liés à des logiques économiques (dépassements d'honoraires), lorsque le praticien accepte le patient à condition qu'il fasse l'avance ou qu'il paye un dépassement ; à une vision de la CMU comme un dispositif charitable, (refus et renvoi vers des structures publiques ; rendez-vous accordé avec gratuité) ; à une vision des bénéficiaires comme ne travaillant pas (proposition d'horaires). Enfin, certaines propositions cliniques ne seraient pas adaptées aux populations précaires (psychanalyse, port de lentilles) aux dires des praticiens.

L'ensemble de ce rapport et en particulier l'analyse des entretiens est disponible sur le site du Fonds CMU, à la rubrique « Etudes et rapports ».

L'association « Médecins du monde » a de nouveau mené une enquête début 2006 auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes. Il en ressort un taux global de 10 % de refus de soins envers les bénéficiaires de la CMU (8 % pour les généralistes de secteur 1 et 22 % pour ceux de secteur 2).

2.3.2.2. La méthode du testing

Il n'existe pas dans le domaine des statistiques mathématiques d'outil de mesure qui ne soit exempt de forme de biais. Toute méthode comprend des biais, celle là en comporte, mais elle permet d'affirmer qu'il y a bien eu refus de soins de la part de professionnels de santé.

La méthode du testing téléphonique consiste à demander un rendez vous à un professionnel de santé en indiquant, mais pas forcément dès le début de l'entretien, être bénéficiaire de la CMU. Si ce rendez vous n'est pas accordé ou qu'il est différé sans référence à la CMU, un deuxième appel permet de vérifier que le refus est directement lié à l'existence de la CMU.

Le biais peut résider dans le fait que, dans la réalité, le professionnel de santé peut ne constater l'existence de la CMU qu'à la fin de la consultation.

Même avec ce biais, cette méthode semble la seule qui permet de constater réellement le refus de soins. Ainsi, l'étude pourrait être confiée, par exemple, à l'Observatoire national de la pauvreté et de la lutte contre l'exclusion (ONPES).

PROPOSITION : Renouveler le testing, sur une base plus large, incluant les différentes zones territoriales.
--

2.3.2.3. Méthode statistique

Une deuxième méthode de mesure peut être obtenue à partir des données fournies par l'assurance maladie.

Il est en effet possible de déterminer pour chaque professionnel de santé, le pourcentage de bénéficiaire de la CMU dans sa patientèle. On peut indiquer ainsi, à partir d'un taux moyen

départemental, les professionnels de santé qui ont un taux de bénéficiaires de la CMU significativement, au sens statistique de ce terme, inférieur à la situation moyenne.

Bien sur cette méthode comporte également un biais : il se peut qu'il y ait des raisons objectives pour qu'un professionnel de santé soit dans cette situation par exemple parce qu'il se trouve dans un bassin de population où il n'y a très peu de bénéficiaires de la CMU.

En tout état de cause, il faut étudier la population des professionnels de santé qui ont, dans leur patientèle, un taux de bénéficiaires de la CMU anormalement bas au sens statistique du terme.

Ayant identifié les professionnels concernés, il entre assez logiquement dans la mission des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) d'informer, comme ils le font par exemple sur des prescriptions, ces professionnels pour les sensibiliser à cette question. Les DAM ont, de l'avis général, été bien perçus par les professionnels, alors que, de par la nature de leur mission c'était loin d'être une évidence. Il n'y a pas de raison pour que le sujet du taux de bénéficiaires de la CMU soit plus mal ressenti que le taux des ordonnanciers bizona.

L'analyse statistique en coupe instantanée permet de mesurer, par la valeur de l'écart type, la présomption de refus de soins. Elle permet de diligenter l'action des DAM. D'un autre point de vue, la mesure dans le temps de la loi de distribution des bénéficiaires de la CMU dans la patientèle peut montrer que les écarts se résorbent ou bien qu'à l'inverse ils s'accroissent.

PROPOSITION : Mettre en place un suivi par l'assurance maladie de la distribution statistique des 5 % de professionnels recevant le moins de bénéficiaires de la CMU. Utilisation de ce suivi pour diligenter une action des DAM. Mesure dans le temps d'une amélioration en calculant la valeur de l'écart type de la loi de distribution.

Quelques soient les outils de mesure utilisés (testing, méthode statistique), il est nécessaire de mener les enquêtes sur cinq catégories de professionnels de santé : les généralistes du secteur 1 ; les généralistes du secteur 2 ; les spécialistes du secteur 1 ; les spécialistes du secteur 2 ; les dentistes.

2.3.2.4. Le bénéficiaire de la CMU ne signale pas les refus de soins

La question que l'on doit alors se poser est de chercher à comprendre pourquoi la mesure par le testing fait apparaître des résultats totalement différents de ce que les ordres, les caisses ou les praticiens conseillers ont eu connaissance. L'explication réside dans le schéma de situation suivant, partant de la situation la plus favorable pour aller à celle la moins favorable :

- 1 - le professionnel accepte le rendez vous du bénéficiaire de la CMU ;
- 2 - le professionnel de santé indique qu'il n'accepte pas, mais dirige le bénéficiaire de la CMU vers un de ses confrères qui accepte cette catégorie de patients ;
- 3 - le professionnel de santé dirige le bénéficiaire de la CMU vers des centres de santé (sécurité sociale, des structures mutualistes, etc.) ;
- 4 - le bénéficiaire de la CMU se retourne en direction de l'organisme qui lui a octroyé la CMU, généralement la CPAM, et c'est l'agent d'accueil de la CPAM qui lui indique que pour être soigné il doit se tourner vers les centres de santé.

Comme la première motivation du bénéficiaire de la CMU est d'abord et avant tout d'être soigné, les choses en restent là. Mais il est clair que cette situation n'est pas satisfaisante car elle est en contradiction avec l'esprit même de la loi qui veut qu'un bénéficiaire de la CMU puisse avoir accès à tout le dispositif de soins et non d'être confiné dans des structures spécifiques, qui sans que cela soit péjoratif, peut s'apparenter à une forme de médecine du pauvre.

Le Fonds CMU, bien avant de lancer son étude par testing, a cherché à mesurer l'ampleur du phénomène de refus de soins. Ceci a donné lieu à la diffusion par la CNAMTS de la circulaire 61-2005 du 13 juin 2005. Cette circulaire apporte des précisions, par rapport à un premier document diffusé dès la mise en place de la CMU (Circ. 5/2001), concernant les procédures à diligenter à l'encontre des professionnels de santé ou des distributeurs de dispositifs médicaux qui refuseraient de respecter leurs obligations à l'égard des bénéficiaires de la CMU.

Cette circulaire indique surtout que les plaintes et les signalements doivent faire l'objet d'un suivi. Les résultats furent très décevants. Sur les trois premiers mois de l'enquête, 119 caisses ont dénombré 185 signalements, dont 69 caisses avec zéro signalement. A l'inverse, la CPAM de Caen a fait remonter à elle seule 38 signalements.

Même en tenant compte de ce que la pratique du refus de soins est sans doute très variable d'une caisse à l'autre, on peut penser que la mobilisation des caisses a été très inégale. Il serait donc très souhaitable que ce type de processus soit relancé, mais avec la condition préalable que la Caisse nationale en fasse un véritable enjeu et mobilise effectivement son réseau.

PROPOSITION : Mobiliser la CNAMTS et les CPAM dans la recherche et le signalement des refus de soins.
--

2.3.3. Les règles actuelles

Dans le texte de la loi du 27 juillet 1999 ne figure aucune disposition spécifique pour encadrer et réprimer ces pratiques. Ce n'est pas un oubli. Ce n'était tout simplement pas nécessaire, car d'autres dispositions existaient déjà. Ce sont les codes de déontologie des différentes professions de santé.

Il semble avec le recul du temps et l'application pratique de la loi CMU sur le terrain que : « ce qui va sans dire, va encore mieux en le disant ». Ainsi, même si cela peut faire double emploi avec le code de déontologie, le rapport remis au ministre a proposé d'introduire par un article de loi des dispositifs de sanctions, qui pourraient être pécuniaires, à l'encontre des professionnels de santé.

Cela ajoute un outil juridique supplémentaire à ceux déjà existants. L'important est, d'abord et avant tout, de tirer réellement et effectivement des conséquences de situations observables et, d'ores et déjà condamnables, de telle sorte qu'il ne puisse y avoir aucune ambiguïté sur le caractère répréhensible de ce type de comportement.

PROPOSITION : Introduire par un article de loi une faculté de sanctions des professionnels de santé pratiquant le refus de soins.
--

2.3.3.1. Le code de déontologie

Il appartient aux ordres professionnels de faire respecter le code de déontologie d'une profession, c'est même, peut être là leur mission principale.

Aux termes de l'alinéa 1^{er} de l'article 7 du code de déontologie médicale, dont les dispositions sont reprises à l'article R. 4127-7 du code de la santé publique : « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ».

Dès la publication de l'étude « refus de soins » par le Fonds CMU, Xavier Bertrand a écrit aux ordres des médecins (21 juin) et des dentistes (23 juin) en indiquant que « les comportements des professionnels de santé qui refusent de recevoir des personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires de la CMU ne sont pas acceptables (...). Ils me paraissent en contravention avec le code de déontologie ».

Le Conseil national de l'ordre des médecins et l'ordre national des chirurgiens dentistes ont répondu au ministre.

Les deux réponses présentent des caractéristiques communes.

Les ordres confirment leur condamnation des pratiques de refus de soins. Les ordres indiquent qu'ils ont déjà diffusé dans leurs bulletins respectifs, dès la création de la CMU (et qu'ils ont renouvelé l'opération récemment), des informations claires à destination des ordres départementaux et plus généralement de l'ensemble des professionnels inscrits.

Toutefois, il faut noter que ces deux lettres présentent d'abord la particularité d'être critiques sur la qualité de l'étude publiée, et d'autre part de faire état d'une quasi inexistence de plaintes déposées par les bénéficiaires de la CMU.

La remarque que l'on est obligé de faire est que, s'il n'y a pas d'ambiguïté sur la condamnation du « refus de soins », il semble que la vigueur ne soit pas la caractéristique première de ces appels lancés par les ordres. Ainsi le communiqué du Conseil national de l'ordre des médecins en date du 16 novembre 2006, s'il réaffirme clairement la condamnation du refus de soins, développe sur plus de la moitié du texte des éléments, sans aucun doute pertinents, qui justifient cette attitude, et qui sont utilisés par ceux qui considèrent le refus de soins comme compatible avec la déontologie médicale.

Dès lors, la question que l'on doit poser est de savoir si ces rappels à l'ordre sont suffisamment convaincants. L'article publié à l'automne 2006 dans la lettre trimestrielle du conseil de l'ordre des Yvelines est à ce point de vue gênant. Emanant d'un groupement quelconque, il pourrait être considéré comme une prise de position comme une autre. Provenant d'un ordre professionnel, fut-il départemental, la situation interpelle et choque. Le président du conseil départemental de l'ordre des médecins des Yvelines, maintient et justifie sa position. Le Conseil national n'a effectué aucune démarche particulière à son encontre. On peut dès lors s'interroger sur qui est en mesure d'intervenir dans ce genre de situation.

PROPOSITION : Mettre en place une politique effective des ordres, formulant des propositions concrètes d'identification rapide des cas de refus de soins, et mettant en œuvre effectivement des sanctions ordinales à l'encontre des professionnels ayant de telles pratiques.

Les sanctions disciplinaires encourues par les praticiens en cas de refus de soins sont de deux ordres.

Les premières sont les sanctions disciplinaires prises sur le fondement du code de la santé publique, elles sont prononcées notamment en cas de violation des obligations déontologiques. Ces sanctions sont prononcées par une chambre disciplinaire de l'ordre composée de pairs.

Les secondes sont les sanctions prononcées par les sections des assurances sociales (SAS), sur le fondement du code de la sécurité sociale, en cas de fautes, fraudes, abus et tous faits intéressant l'exercice de la profession. Ces sanctions sont prononcées par une section particulière de la chambre disciplinaire de l'ordre composée de pairs et de représentants des organismes d'assurance maladie.

L'application des sanctions ordinales est actuellement limitée par le faible nombre des saisines déposées. Les possibilités de saisir l'ordre ou la section des assurances sociales sont en effet restreintes. S'agissant plus particulièrement des SAS, seuls les DRASS, les praticiens conseils, les caisses, les syndicats professionnels, les conseils départementaux des ordres intéressés peuvent les saisir.

Le dépôt de plaintes n'est pas pour un bénéficiaire de la CMU un acte simple. Il importe que des signalements puissent être repérés et suivis d'enquête par les ordres départementaux, qui par ailleurs doivent vérifier spontanément auprès de leurs inscrits l'absence ou l'existence de problèmes.

En conséquence, il est proposé d'autoriser expressément, par décret, les particuliers et les associations qui ont intérêt à agir dans le domaine de la santé et plus particulièrement en matière d'accès aux soins, à saisir les chambres disciplinaires et les sections des assurances sociales des ordres.

En outre, il est proposé de prévoir dans ce même décret que les ordres produiront un rapport trimestriel sur la lutte contre les refus de soins.

PROPOSITION : Autoriser expressément, par décret, les particuliers et les associations ayant intérêt à agir dans le domaine de la santé et plus particulièrement en matière d'accès aux soins, à saisir les chambres disciplinaires et les sections des assurances sociales des ordres et décider que les ordres devront présenter un rapport trimestriel sur les refus de soins.

De surcroît, au regard de la difficulté pour les ordres de remplir ce genre de mission, il est proposé dans le rapport de concevoir un mécanisme de sanctions financières prononcées par les caisses de sécurité sociale après avis des Commissions des pénalités (créées par la loi d'août 2004) et de compléter en conséquence le rôle de ces commissions.

La différence manifeste de comportement à l'égard des bénéficiaires de la CMU entre les professionnels de secteur I et ceux pouvant pratiquer des dépassements, montre à l'évidence que l'élément financier est prépondérant dans l'explication du refus de soins.

Le fait pour un médecin du secteur 2 de devoir pratiquer des actes au tarif du secteur 1, n'est cependant pas une novation de la loi CMU. Ce type de disposition a existé dans les conventions médicales des années 80, où le médecin de secteur 2 était tenu de pratiquer un quota d'actes en tarif de secteur 1.

L'article L. 162-1-11 donne pour mission aux caisses d'assurance maladie d'assurer l'information des assurés, afin que l'accès aux soins et à la prévention soit effectif. La mobilisation des caisses doit permettre de mieux identifier les refus de soins de certains professionnels, et de procéder aux rappels à l'ordre prévus dans la circulaire de la CNAMTS du 13 juin 2005. Par ailleurs les Caisses doivent réunir les instances de concertation avec les professionnels de santé (URML, syndicats locaux de médecins, conventions paritaires départementales) pour s'assurer de l'effectivité de l'offre de soins, et s'attacher à résoudre des difficultés éventuelles (retards de règlements, partage de la charge de travail entre un nombre suffisant de professionnels).

2.3.3.2. La délibération de la HALDE

Le 6 novembre 2006, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) a rendu trois délibérations identiques, n° 2006 - 232 à 234, suite à sa saisine par le COMEGAS, le CISS et le docteur G-Y. Federmann. La teneur de ces délibérations fait référence au code de la santé publique et au code de déontologie.

Selon l'article L. 1110-3 du code de la santé publique : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins ». L'article R. 4127-7, cité supra, rappelle que le médecin doit soigner toutes les personnes.

Dans ces conditions, le collège de la HALDE, présidé par Louis Schweitzer, constate la discrimination portée à sa connaissance.

La HALDE demande à l'ordre des médecins d'informer les professionnels de santé du caractère discriminatoire du refus de soins et des conséquences en terme disciplinaires. Elle demande par ailleurs aux organismes de sécurité sociale de transmettre aux bénéficiaires de la CMU une information sur leurs droits aux soins, sur le caractère discriminatoire d'un éventuel refus, et sur les modalités de saisine de l'ordre des médecins.

2.3.4. La CMU dans le parcours de soins : le cas des médecins

2.3.4.1. Le bénéficiaire de la CMU et le parcours de soins

La loi du 13 août 2004, couplée avec la convention médicale de janvier 2005 qui en est le prolongement logique et fidèle, présente de nombreux aspects importants et novateurs. Elle peut et doit impacter la situation des bénéficiaires de la CMU.

La création du médecin traitant et du parcours de soins a, en partie, comme objet de lutter contre les abus, les fraudes, ou le nomadisme médical. La logique de ce dispositif nouveau et original est en premier lieu un souci de santé publique. Or plus que pour les autres parties de la population, le premier décile, celui des personnes se situant en dessous du seuil de pauvreté, nécessite une réponse forte en terme de santé publique. La prévention, le suivi médical est là plus qu'ailleurs indispensable, il faut donc que le bénéficiaire de la CMU s'inscrive totalement dans cette démarche.

Le médecin traitant et le parcours de soins peuvent avoir pour le bénéficiaire de la CMU un effet positif dans l'accès aux soins. Si celui-ci déclare un médecin traitant (ils n'étaient cependant que 63 % à l'avoir fait au 1^{er} juillet 2006), cela veut bien dire que ce médecin l'accepte, et donc qu'il n'a pas pratiqué à son égard un « refus de soins ». Dès lors qu'il a un médecin traitant, celui-ci peut l'adresser à un médecin spécialiste, et par construction, on peut penser qu'il ne l'adressera pas à un professionnel de santé qui le refuserait.

Le véritable problème se pose dans le cas d'un bénéficiaire de la CMU qui n'a pas déclaré de médecin traitant. Dans ce cas de figure, le principe général de la gratuité totale, en tiers payant, qui est le fondement même de la loi CMU se trouve battu en brèche.

Une difficulté a été signalée par des professionnels de santé. Lorsqu'ils pensent avoir à faire à un patient qui a déclaré un médecin traitant, ils inscrivent les majorations de coordination sur les feuilles de soins (électroniques ou pas). La caisse, si elle constate qu'aucun médecin traitant n'a été désigné, ne paye pas cette majoration de 3 € qui n'est pas due (car pas de coordination). Le tiers payant a pour conséquence que le médecin, qui pensait être rémunéré de cette majoration, ne l'est finalement pas. Il faut noter que la nouvelle carte Vitale permettra la vérification de l'inscription auprès d'un médecin traitant.

Dans ce cas, le médecin aurait pu demander le dépassement (pouvant aller jusqu'à de 8 €) pour non respect du parcours de soins. Cette somme, non prise en charge par la CMU, doit être théoriquement demandée en paiement direct à un bénéficiaire de la CMU se situant hors parcours de soins, par un médecin spécialiste de secteur I ou de secteur II, sachant que le spécialiste de secteur II ne peut pas demander un honoraire libre supplémentaire dans le cadre de la CMU.

2.3.4.2. La déclaration de médecin traitant

Il est donc impératif que le bénéficiaire de la CMU, encore plus que les autres assurés sociaux, déclare son médecin traitant à sa caisse de sécurité sociale. Le taux de déclaration ne semble pas faire l'objet de la part de la CNAMTS d'une attention particulière, il est pourtant plus important que pour les autres assurés sociaux, or il semble que son niveau soit plus de 15 points inférieur. La CNAMTS a diffusé aux CPAM une lettre réseau pour attirer leur attention. En règle générale, les agents des caisses évoquent ce problème à l'occasion des renouvellements des droits, il semble que quelques caisses aient eu l'heureuse initiative d'adresser un courrier personnalisé aux bénéficiaires de la CMU n'ayant pas déclaré de médecin traitant, il serait hautement souhaitable que ce genre d'initiative soit généralisé.

Il n'est pas envisageable de chercher une mesure coercitive vis-à-vis de ce type de population, il est par contre nécessaire que les caisses soient très incitatives. Ne serait-ce que dans le simple souci de prévention à l'égard de la partie de la population qui en a sans doute le plus besoin.

PROPOSITION : Développer une politique active des caisses pour suivre les déclarations de médecin traitant à chaque ouverture de droit ou de renouvellement CMU.

2.3.4.3. L'enjeu de la carte Vitale

Il est certain que la généralisation des cartes Vitale et de la télétransmission a été un facteur de simplification considérable. Dans le cas du bénéficiaire de la CMU qui n'a à présenter aucun argent dans le cabinet du médecin, tout est fait par la caisse d'assurance maladie, qui règle le professionnel dans des délais très brefs.

Si la carte Vitale n'est pas à jour, la généralisation dans les pharmacies des bornes de mise à jour permet de résoudre le problème, ou même de détecter une personne dont les droits sont éteints. Un titulaire de la CMU, comme tout assuré, se rend régulièrement dans les pharmacies, permettant ainsi cette mise à jour.

Le problème peut se poser lorsque l'on est en présence d'un bénéficiaire de la CMU qui n'a pas de carte Vitale. Dans ce cas, le médecin va devoir affronter des difficultés administratives qui peuvent faire reculer même ceux qui sont les mieux disposés. Cette situation n'est pas nouvelle, elle a donné lieu à une interpellation par « Médecins du Monde » lors d'un conseil de surveillance du Fonds CMU de décembre 2004. Son président, le député Jean-Marie Rolland a écrit à son homologue, Pierre Morange, président du conseil de surveillance de la CNAMTS, pour lui demander de veiller à ce que les délais de délivrance des cartes Vitale soit sensiblement raccourcis, et qu'une attention toute particulière soit portée aux quelques 10 % de cartes dont la remise au destinataire dépasse trois mois. Il a été répondu que le délai de délivrance des cartes Vitale figurerait en bonne place parmi les indicateurs de la COG.

PROPOSITION : Réduire le délai de production des cartes Vitale de telle sorte qu'aucune carte Vitale ne soit délivrée dans un délai supérieur à 15 jours à un bénéficiaire de la CMU. La CNAMTS fournira régulièrement un indicateur mesurant ce délai.

2.3.4.4. Sensibiliser les médecins

En dehors des résultats quantitatifs, les études menées sur le sujet des refus de soins ont par le biais de quelques interviews de professionnels de santé fait apparaître des éléments explicatifs présentant un certain intérêt.

Au premier rang, toutes les études s'accordent pour dire que la loi CMU n'est que très peu, voire pas du tout connue. Il est d'ailleurs regrettable de constater que cette méconnaissance existe aussi chez les bénéficiaires de la CMU eux-mêmes, voire même chez les travailleurs sociaux. Il paraît évident qu'une « piqûre de rappel générale » s'impose alors que on arrive au 7^{ème} anniversaire de son entrée en vigueur.

S'agissant des professionnels de santé, beaucoup assimilent la loi CMU à une action charitable, alors que c'est exactement l'inverse de la volonté du législateur.

Il faut diffuser de l'information aux professionnels de santé. Les vecteurs possibles sont les Délégués de l'assurance maladie (cf. supra), les Commissions paritaires locales. Plusieurs CPAM questionnées sur ce qu'elles avaient mis en œuvre pour remédier au problème des refus de soins ont indiqué avoir utilisé ce support de la vie conventionnelle qu'est la CPL.

PROPOSITION : Remettre à chaque professionnel de santé une fiche synthétique lui rappelant les principes et les finalités de la CMU. Une remise personnalisée lors d'une rencontre avec un DAM serait la méthode à suivre. Utiliser les CPL pour suivre au plan local les éléments d'information sur les refus de soins et pour relayer les messages en direction des médecins.

2.3.5. Le cas particulier des dentistes

2.3.5.1. Des difficultés dès la mise en place de la CMU

Cette catégorie de professionnels de santé a été celle qui, dès l'origine, a eu une attitude spécifique vis-à-vis de la loi CMU et de ses bénéficiaires.

Les actes effectués par un dentiste peuvent être schématiquement décomposés en deux catégories. D'une part les soins qui sont pris en charge par la sécurité sociale sur la base de tarifs et de nomenclatures parfaitement définis. Dans ce cas le dentiste se trouve vis-à-vis du bénéficiaire de la CMU exactement comme un généraliste du secteur I. Le dentiste sera payé par la caisse de sécurité sociale, rapidement et intégralement grâce à la télétransmission. Dans tous les cas cette opération est totalement transparente pour le dentiste.

La deuxième grande catégorie d'actes effectués par les dentistes est constituée par les prothèses. En fait, la loi CMU est venue interférer dans un domaine conflictuel depuis des décennies entre la profession dentaire d'une part, la sécurité sociale et les pouvoirs publics d'autre part. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales rédigé par Michel YAHIEL résume bien la situation : les

tarifs des soins ayant stagné pendant très longtemps, les chirurgiens dentistes ont augmenté les tarifs des prothèses qui étaient libres.

Cette situation, dont le statu quo semblait satisfaire les différents acteurs, a posé un grave problème avec la loi CMU, puisqu'elle était totalement incompatible avec le fondement même de la loi, c'est-à-dire la gratuité totale pour le patient. Il était dès lors nécessaire pour que la CMU puisse entrer en vigueur, de fixer la valeur d'un certain nombre d'actes prothétiques. C'est ce qui fut fait par des arrêtés du 31 décembre 1999 précisés par une circulaire de la direction de la sécurité sociale du 25 avril 2000, fixant la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge notamment en matière de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale.

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

Les textes initiaux prévoyaient un plafonnement fixé à 2 600 F par bénéficiaire par période de deux ans, ils prévoyaient d'autre part un dépassement possible de ce plafond en cas d'« impérieuse nécessité médicale ». Les interventions des syndicats dentaires qui ont formé, contre ces textes, un recours devant le Conseil d'Etat, ont conduit à leur modification substantielle. Dans un arrêté du 10 avril 2002, ces deux points furent supprimés : il n'existe donc plus de plafond relatif aux soins dentaires.

Les deux premières années de la CMU dans le domaine du dentaire furent spécifiquement chaotiques, comme le relève le premier rapport d'évaluation de la loi CMU rédigé en janvier 2002 par Monsieur CARCENAC, inspecteur général des affaires sociales. Dans ce contexte le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes a créé, dès la publication de la loi un « observatoire de l'application de la CMU ». L'ordre indique que, pendant les dix huit premiers mois, il a été saisi de nombreux courriers.

2.3.5.2. Le problème des tarifs des prothèses CMU

La Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) déclarait en novembre 2003 que les problèmes économiques posés au départ par la loi demeurent et se sont aggravés, malgré l'arrêté du 10 avril 2002. Elle indiquait que : « aucune révision tarifaire n'est intervenue depuis l'arrêté du 31 décembre 1999 fixant des tarifs calculés sur les honoraires consentis en 1995 par convention avec certains conseils généraux ».

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

2.3.5.3. La motion de la CNSD

Ainsi la CMU s'est trouvée prise en otage d'un dossier en suspens depuis plusieurs décennies, celui de la prise en charge des soins dentaires dans le système de protection sociale français.

La convention dentaire venant à échéance à l'automne 2005, certains voulurent se positionner face à cette échéance. C'est ainsi que survint l'incident particulièrement malencontreux, pour utiliser un euphémisme, du 18 décembre 2004. Ce jour là, l'assemblée générale de la CNSD, premier syndicat dentaire en nombre d'adhérents, a adopté une « motion CMU » par laquelle, dans le but de faire avancer ses revendications, elle diffusait le mot d'ordre suivant : « Report immédiat de la réalisation des actes prothétiques et orthodontiques pour les bénéficiaires de la CMU, dans un premier temps. Limitation de notre participation au dispositif CMU pour les seuls soins d'urgence dans un deuxième temps ».

La réaction de condamnation unanime fut immédiate. Le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, a écrit au président de la CNSD pour lui demander de retirer cet appel, son secrétaire d'état Xavier Bertrand a jugé « ces propos inacceptables et qu'en aucun cas il ne tolérerait une telle dérive ». Le directeur de l'UNCAM a considéré qu'il était scandaleux de prendre en otages les plus démunis. L'UJCD s'est désolidarisée de ce mouvement en le considérant « médicalement intolérable ».

Face à ce tollé la motion fut retirée.

2.3.5.4. La nouvelle convention dentaire de mai 2006

Le deuxième semestre 2005 et le début de l'année 2006 furent consacrés à la négociation de la convention dentaire qui donna lieu à un protocole d'accord le 16 mars 2006 entre l'UNCAM, la CNSD et l'UJCD. La convention fut signée le 11 mai 2006 et approuvée par un arrêté du 14 juin 2006. Un autre arrêté du 30 mai 2006, qui résulte directement de la négociation conventionnelle revalorise de 30 % les tarifs des prothèses applicables dans le cas de la CMU. Ceci figure au point 2-2 de la convention. Ce point indique également : « Les signataires de la présente convention souhaitent accompagner les bénéficiaires de la CMU-C comme l'ensemble des assurés afin qu'ils appréhendent pleinement leurs droits et obligations. Un groupe de travail est créé à cet effet. »

Aux dires des syndicats dentaires, la nouvelle convention présente tous les atouts pour résorber l'attitude négative des chirurgiens dentistes à l'égard des bénéficiaires de la CMU.

D'abord la convention revalorise sensiblement les soins. Négliger les soins pour ne faire que de la prothèse devient moins intéressant. Or le bénéficiaire de la CMU ne présente dans ce domaine aucune différence avec un autre assuré social. En second lieu, la revalorisation très conséquente (+ 30 %) de l'arrêté si décrié du 31 décembre 1999, place le tarif des prothèses CMU à un niveau tel que l'argument financier doit être considéré comme devenu très peu opérant ; ce d'autant plus que la nouveauté de la convention qui sort les prothèses du calcul de la prise en charge des cotisations sociales des dentistes ne concerne pas les prothèses CMU.

Globalement, dans ce nouveau contexte, il n'y a pratiquement plus de sujet de difficultés entre un dentiste et un bénéficiaire de la CMU en dehors de deux points.

Le premier s'explique par l'exemple suivant : le cas du bénéficiaire de la CMU venant se faire poser une prothèse, opération qui nécessite 4 ou 5 séances, et qui disparaît avant la fin, avec pour conséquence de laisser à la charge du dentiste la facture de prothèse à payer au prothésiste. Un mécanisme de signalement par le dentiste à la caisse pourrait être créé. Cette dernière après vérification pourrait prendre en charge la facture du prothésiste.

La deuxième question est celle du panier de soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU. Cette question constitue depuis l'origine un sujet conflictuel permanent. Plusieurs représentants des chirurgiens dentistes ont indiqué que ce panier méritait d'être revisité, en particulier sur la question de la parodontologie non prise en charge aujourd'hui. Le groupe de travail conventionnel pourrait également faire des propositions sur cette question.

PROPOSITION : Veiller à la tenue régulière des réunions du groupe de travail CMU prévu par la convention dentaire, et tirer directement les conséquences des propositions que ce groupe sera amené à faire.

On a vu plus haut qu'il est manifestement nécessaire de faire un rappel en direction des médecins qui ont, en très grande partie, oublié les principes de la loi d'origine. C'est bien évidemment, également vrai, pour les chirurgiens dentistes. Des délégués de l'assurance maladie les rencontrent. A partir des profils statistiques tels que définis plus haut, il serait souhaitable que ces DAM fassent de la pédagogie sur cette population de professionnels de santé. On peut parfaitement mettre au point une fiche qui tiendrait en une seule page et qui rappellerait au dentiste les grands principes de la loi CMU à respecter.

2.3.6. La sensibilisation des bénéficiaires de la CMU

Au travers des études qualitatives ou de déclarations, les professionnels de santé, peut être pour se donner moins mauvaise conscience face à un refus de soins, formulent un certain nombre d'accusations à l'encontre des bénéficiaires de la CMU.

Mais, questionnés sur ce sujet, ils reconnaissent que sur 4,8 millions de personnes relevant de la CMU, toutes causes confondues, leurs griefs ne sauraient viser qu'au maximum 10 % des personnes concernées. Même si cela constitue un effectif conséquent, cela doit conduire à relativiser l'ampleur de tous les phénomènes décrits.

L'accusation la plus classique est celle du bénéficiaire de la CMU qui fait apparaître un train de vie incompatible avec les conditions de ressources applicables pour bénéficier de la CMU. Il serait aussi inexact de dire que ce genre de situation n'existe pas, que d'affirmer qu'il constitue une généralité. La réponse apportée par le gouvernement doit permettre de clore ce genre de dossier (cf. partie du présent rapport sur fraudes et contrôle).

Un autre groupe de reproches formulé par certains professionnels de santé réside dans des comportements spécifiques de la part des bénéficiaires de la CMU : retards, rendez vous manqués

et non annulés, traitements non suivis ou interrompus. Derrière ces critiques figure le caractère gratuit et donc, selon certains, déresponsabilisant de la CMU. Il est malheureusement impossible de dire si cette forme d'incivilité face aux soins affecte davantage les bénéficiaires de la CMU que les autres assurés sociaux.

L'action en direction des professionnels de santé se devrait d'avoir un parallèle pour les bénéficiaires de la CMU.

On peut mettre au point une fiche simple et courte leur indiquant leurs droits et leurs devoirs, qui leur serait remise à l'ouverture du droit, à son renouvellement, et en même temps que la délivrance de leur carte Vitale.

Cette fiche exposerait le droit à la gratuité des soins, à la dispense d'avance des frais, à l'interdiction du refus de soins avec un téléphone vert à contacter, etc. Parallèlement seraient rappelés les devoirs de ne pas se considérer comme prioritaire, de suivre les traitements jusqu'au bout, de respecter les rendez vous, le parcours de soins, etc.

PROPOSITION : Remettre à tous les bénéficiaires de la CMU une fiche simple et courte lui indiquant ses droits et la manière de les faire respecter, mais lui indiquant également ses devoirs.
--

2.3.7. La conférence organisée par Xavier Bertrand

Le ministre de la santé et des solidarités a organisé une conférence le 19 décembre 2006 rassemblant les différentes parties prenantes sur ce sujet : ordres professionnels, syndicats de médecins et de chirurgiens dentistes, assurance maladie, associations, HALDE.

Après concertation, le ministre a annoncé plusieurs décisions :

- la possibilité pour les associations et l'assurance maladie de saisir directement les ordres des cas de refus de soins, au nom des bénéficiaires de la CMU ;
- une campagne de l'assurance maladie envers les bénéficiaires de la CMU pour favoriser l'inscription auprès d'un médecin traitant et un effort accru des caisses pour ce qui est de la délivrance rapide des cartes Vitale ;
- une campagne d'information renforcée et renouvelée de l'assurance maladie en direction des bénéficiaires de la CMU et des professionnels de santé leur rappelant le contenu de la loi, les droits et les devoirs de chacun ;
- une recherche de simplification des procédures de remboursement des professionnels de santé par l'assurance maladie de manière à ce que ceux-ci ne soient pas pénalisés par des difficultés administratives ;
- une demande aux ordres professionnels qu'un rapport trimestriel sur les refus de soins soit réalisé ; les sanctions ordinaires s'appliquant en cas de refus, les sanctions financières n'étant, pour l'instant, pas retenues ;
- une étude confiée par la DREES du ministère pour proposer une mesure des refus de soins et de leurs motivations.

3. ACCEDER A SES DROITS ; N'ACCEDER QU'A SES DROITS

La question de la fraude aux prestations sociales (et des nécessaires contrôles) occupe une place importante dans l'analyse des mises en œuvre des politiques publiques.

Paradoxalement pourtant, et si on se réfère au nombre de personnes concernées, c'est la question du non recours qui devrait occuper la place première.

C'est donc dans cet ordre que cette partie traitera de ces deux sujets.

3.1. Le non recours au droit

3.1.1. Le non recours à la CMU-C

En se référant sommairement au nombre de bénéficiaires de la CMU-C (4,8 millions) rapporté à la population cible estimée (6 millions), on constate en première analyse un taux de non recours à la CMU-C de l'ordre de 20 %.

Le Fonds CMU a financé trois études relatives au non recours à la CMU (disponibles sur le site Internet du Fonds CMU : <http://www.cmu.fr>). C'est pour l'essentiel à partir de ces travaux que la présente partie du rapport d'évaluation a été réalisée.

3.1.1.1. Considérations générales sur le non recours aux prestations

Ces rappels très généraux semblent utiles pour mieux comprendre la problématique générale du non recours aux prestations sociales (la CMU-C en est une) et de discerner dans les études présentées ci-après les éléments communs et les éclairages particuliers qu'elles apportent.

Le lecteur pourra se rapporter utilement à la bibliographie annexée au rapport du LEGOS disponible sur le site du Fonds CMU.

En n'ayant pas recours aux prestations auxquelles elles pourraient prétendre, des personnes sont exclues de fait de politiques sociales mises en place pour elles. Pour les prestations soumises à conditions de ressources (comme la CMU-C), le non recours augmente la situation de précarité de ces personnes et pose un problème d'inégalité supplémentaire, l'inégalité dans l'accès aux droits.

Le non recours peut être total, partiel (ne se pose pas dans le cas de la CMU) ou temporaire (l'individu obtient avec retard son droit).

Parmi les causes principales mises en avant pour expliquer le non recours, la première est tout simplement le manque d'information : on ne sait pas que le droit existe. Cette première cause met directement en lumière la responsabilité des acteurs chargés de la mise en œuvre de la politique

publique. La complexité d'un dispositif et les difficultés de compréhension qui y sont liées peuvent s'en rapprocher : on pense qu'on n'a pas droit à la mesure.

La stigmatisation liée au bénéfice de la prestation, ressentie par le bénéficiaire potentiel, est un élément important (bien que difficilement mesuré) du non recours : honte à apparaître comme bénéficiaire de la prestation, fierté de ne pas y recourir. Dans le même ordre d'idée, la désocialisation d'une partie de la population amène, même avec une connaissance de ses droits, à un renoncement à les faire valoir. La volonté de certains que les administrations ne s'immiscent pas dans leur vie peut également expliquer le non recours.

Les mesures de taux de non recours sont très variables selon les prestations et les études : toujours supérieur à 10 %, le taux peut s'approcher de 50 % pour certaines prestations particulières.

3.1.1.2. Des études centrées sur la CMU-C

1/3 des résidents de foyers d'Ile-de-France n'ont pas recours à la CMU

La première étude (IRTS Ile-de-France – Montrouge – Neuilly-sur-Marne) a été réalisée dans des foyers et résidences sociales de la région parisienne. Elle n'est à ce jour pas finalisée mais certains des éléments recueillis méritent d'être relevés. Connaissant le niveau de ressources des résidents, il a été possible de s'adresser aux personnes dont les revenus leur permettaient d'accéder à la CMU-C ou à l'aide complémentaire santé.

Sur 470 personnes identifiées, d'après leur niveau de ressources, comme pouvant bénéficier des dispositifs, 366 bénéficient effectivement de la CMU-C et 104 n'en sont pas bénéficiaires (22 % de non recours).

Le choix des lieux d'enquête ne permet bien évidemment pas d'en généraliser les résultats mais la population étudiée présente cependant des caractéristiques diversifiées.

Age	%
Moins de 25 ans	6,8
25 à 44 ans	31,2
45 à 64 ans	44,3
65 ans et plus	17,5

Statut	%
Salarié en CDI	2,7
Salarié à temps partiel	10,3
Salarié en CDD	0,9
Salarié en intérim	5,8
Chômeur indemnisé	23,8
Chômeur non indemnisé	3,0
Allocataire du RMI	13,5
Allocataire de l'AAH	2,2
Invalidité	4,5
Retraité	21,1
Sans statut (fin de droits, radiation...)	3,6
Autres	12,6

Source : pré-rapport IRTS.

Il convient de noter que dans cette étude, 88 % de ces personnes sont des hommes et que 82 % sont nés à l'étranger (et parmi eux 76 % vivent en France depuis plus de 10 ans).

Sans attendre les résultats définitifs de l'étude, et concernant la seule CMU-C, on peut déjà indiquer que 45 % des personnes en situation de non recours vis-à-vis de la CMU-C ne connaissent pas le dispositif. 20 % ont déjà bénéficié de la CMU-C mais n'ont pas renouvelé leur demande et autant, ayant connu un refus de droit antérieurement, n'ont pas renouvelé leur demande même en cas de changement de situation.

Parmi ces personnes, un quart perçoit le RMI.

Il ressort globalement des réponses des enquêtés non bénéficiaires une impression de non compréhension générale des systèmes et un découragement important envers les administrations, ce découragement allant souvent au-delà du seul non recours aux prestations.

Un non recours massif parmi les bénéficiaires du RMI

Si l'ensemble des bénéficiaires du RMI (2,6 millions d'allocataires et de membres de leur foyer fin 2005) avait également la CMU-C, ils constitueraient un peu plus de la moitié des effectifs de cette prestation. Il a donc semblé intéressant d'étudier cette population particulière dans son rapport à la CMU-C.

Les bénéficiaires du RMI ont de droit la CMU-C. Pour bénéficier de ce droit, ils doivent cependant indiquer s'ils désirent que la prestation soit gérée par la caisse d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire. Sans cette démarche, le droit à la CMU n'est pas ouvert. Au regard de la complexité introduite par cette disposition, le dernier rapport d'évaluation de la loi CMU (décembre 2003) proposait déjà que les bénéficiaires du RMI n'ayant pas réalisé ce choix soient automatiquement inscrits en gestion par la caisse d'assurance maladie. Cette recommandation n'a été suivie d'aucun effet.

Cette seconde étude (ODENORE : rapport disponible sur <http://www.msh-alpes.prd.fr/odenore/>) a été réalisée à partir des fichiers d'une CPAM.

Premier moment de l'étude : sur les 9 200 personnes identifiées dans les bases de la CPAM comme bénéficiaires du RMI (code 806), une extraction a été réalisée concernant les personnes qui apparaissaient comme non bénéficiaires de la CMU-C (2 569 personnes). Un premier calcul pourrait donc faire apparaître un taux de non recours de 28 % (qui correspond au chiffre apparent des statistiques nationales).

Le travail a ensuite consisté dans les trois mois suivant l'extraction de vérifier la situation réelle (au-delà du code) de ces 2 569 personnes à partir de données diverses (CAFPRO : outil de liaison avec les CAF ; RNIAM : répertoire de l'assurance maladie ; etc.). On aboutit ainsi à un nombre de 1 099 personnes bénéficiant effectivement du RMI et pas de la CMU-C. Il convient de noter que pour la plupart, les personnes exclues de l'échantillon correspondent à des bénéficiaires connus sous un autre numéro actif, dépendant d'une autre caisse ou sans droit RMI, etc.

Ce travail met en lumière la qualité relative du fichier des CPAM pour l'identification et le dénombrement des personnes et de leur situation (c'est d'ailleurs la raison de la mise en place du RNIAM, en dehors même de la CMU) et l'impossibilité de raisonner à partir de données non « vérifiées » issues de ces fichiers.

L'autre partie du fichier (les personnes apparaissant comme bénéficiaires de la CMU-C) n'ayant pas été vérifiée, on ne peut en déduire un taux de non recours réel. Cependant, on aboutit ainsi à un taux minimum de 12 % (1 099 / 9 200).

Parmi les 1 099 personnes, 156 (14 %) avaient obtenu la CMU-C postérieurement (avec retard par rapport à leur droit RMI) ; 277 (25 %) disposaient d'une autre complémentaire santé ; 666 (61 %) n'avaient aucune complémentaire santé. L'identification du fait de disposer d'une autre complémentaire se fait par l'existence, sur le compte de l'assuré, d'une liaison informatique avec une complémentaire santé. Elle ne prend donc pas en compte les personnes disposant d'une complémentaire sans liaison informatique. En sens inverse, on peut penser que des liaisons peuvent être maintenues même si le contrat de complémentaire n'est plus en cours.

Le deuxième temps de l'étude a consisté à travailler à partir d'un des listings que la CAF adresse chaque mois à la CPAM et qui recense les nouveaux bénéficiaires du RMI. Le travail a d'abord été d'identifier dans le fichier de la CPAM ces personnes et de constituer un groupe de bénéficiaires du RMI non identifiés à la CPAM sous le code 806 (déjà étudié) mais sous le code 101. Ce code est celui des salariés. Le droit à la sécurité sociale au titre de salarié est en effet maintenu 4 années après la perte de ses droits à la sécurité sociale à ce titre (il est donc normal d'apparaître en 101 alors qu'on est bénéficiaire du RMI). Il a semblé pertinent d'étudier ce second groupe différent de celui identifié en 806.

Un échantillon de 521 affiliés à la CPAM a été obtenu. Parmi ce groupe, 326 (63 %) ont la CMU complémentaire ; 100 (19 %) disposent d'une autre complémentaire et 95 (18 %) n'ont aucune protection complémentaire. Ces personnes, plus proches de l'emploi, ont un taux de non recours inférieur au premier échantillon.

Dans un troisième temps, un questionnaire a été adressé à 500 des personnes percevant le RMI mais non bénéficiaires de la CMU-C (400 code 806 et 100 code 101). Ce questionnaire était accompagné d'une demande de CMU complémentaire (formulaire de choix de gestion entre la CPAM et un organisme complémentaire). 81 questionnaires ont été retournés et 71 ont pu être exploités.

Parmi ceux-ci, 7 ont obtenu la CMU-C (demande tardive) et 7 autres disposent d'une autre complémentaire santé.

Sans entrer dans le détail de l'exploitation des questionnaires et des résultats des entretiens téléphoniques (il était proposé aux personnes d'indiquer un numéro de téléphone pour pouvoir être rappelées), on peut citer les titres de cette partie de l'étude qui parlent d'eux-mêmes : « une information partielle et souvent confuse », « des incompréhensions liées à la nécessité d'exercer le choix d'un organisme complémentaire », « des difficultés en lien direct avec l'imprimé de choix ».

Le profil général des non recourants est le suivant : homme jeune ou de plus de 50 ans sans enfant.

Les pistes comportementales pour expliquer le non recours à la CMU-C sont en partie concordantes avec les résultats de la première étude citée : non compréhension du dispositif (par exemple en considérant que la CMU – gratuite – allait coûter trop cher), découragement face à la complexité ou au fait de « toujours demander », mais aussi désintérêt (« ce n'est pas ma priorité ») ou vision à court terme (« je n'ai pas besoin de soins médicaux »).

Un non recours important dans la population générale

La troisième étude (LEGOS) comporte deux volets.

C'est à partir de l'Enquête santé et protection sociale 2004 (IRDES) que le premier volet de l'étude a été réalisé. Partant des ressources déclarées, un échantillon de 439 ménages éligibles à la CMU-C a été constitué. Parmi ceux-ci, seuls 29 % se déclarent couverts par la CMU-C, 57 % par une autre complémentaire santé et 14 % ne déclarent aucune complémentaire.

Ce résultat très étonnant peut s'expliquer par des difficultés d'observation : les ressources seraient mal connues dans l'enquête pour la population étudiée ; d'autre part, la déclaration de détention d'une complémentaire serait confuse, entraînant une sur déclaration des autres complémentaires (au lieu de la CMU-C).

14 % si on prend en compte l'ensemble de l'échantillon ; 32 % si on ne retient que les personnes qui ont déclaré bénéficiaire de la CMU-C ou n'avoir aucune complémentaire : la réalité du taux de non recours se situe entre ces deux bornes.

Le second volet du travail a été réalisé à partir d'entretiens dans un espace insertion de Paris. Une vingtaine d'entretiens ont été réalisés. Ceci n'a pas permis de mesure quantitative mais les éléments recueillis donnent une vision des différentes causes de non recours.

Ici aussi le profil des non recourant était celui d'un homme jeune, isolé, sans enfant.

Le manque d'information constitue l'élément le plus important pour expliquer le non recours. Les individus ne connaissent pas ou mal le dispositif.

Ensuite, on trouve l'absence de besoins de santé et dans cette population jeune, l'espoir dans un avenir meilleur qui permette de ne pas avoir recours à la CMU.

La peur de la stigmatisation, en particulier vis-à-vis des médecins, constitue la 3^{ème} raison la plus évoquée comme cause de non recours : gêne ou ultime fierté. L'attitude des médecins est citée à plusieurs reprises comme discriminatoire et poussant à ne pas avoir recours à la CMU.

La négligence est bien sur présente de même qu'un attachement à sa mutuelle pour ceux qui considèrent que le passage au RMI n'est que momentané.

3.1.1.3. D'autres éléments d'éclairage du non recours à la CMU

Une partie de la population cible est a priori largement exclue du bénéfice de la CMU : les travailleurs pauvres. Un ménage avec 3 enfants disposant comme seul revenu de l'équivalent d'un SMIC a droit à la CMU-C. La CMU étant considérée comme une prestation pour les plus démunis parmi les pauvres, il est vraisemblable que cette population, souvent peu en contact avec des travailleurs sociaux, constitue une partie de la cible non atteinte.

On peut par ailleurs être étonné par le fort taux de rotation des bénéficiaires de la CMU-C. Chaque année, selon les données du régime général, un tiers des personnes sortirait du droit. Aucune étude particulière n'a été menée en ce domaine mais on peut poser l'hypothèse qu'une partie des sortants

figurent parmi les non recourant identifiés dans les autres études (anciens bénéficiaires n'ayant pas renouvelé leur demande).

3.1.1.4. Un non recours contre lequel il faut réagir activement

Dans les propositions ci-après, aucune référence ne sera faite à des politiques de communication générales qui, a priori, ne réussiront que très superficiellement à toucher les populations concernées. C'est une communication plus ciblée qui est nécessaire.

Pour les populations bénéficiaires du RMI, il est nécessaire que la loi qui ouvre droit automatiquement à la CMU-C s'applique sans obstacle administratif. Pour le faire, la proposition contenue dans le rapport de décembre 2003 est renouvelée : sans volonté différente exprimée par le bénéficiaire du RMI, le droit à la CMU-C doit être automatiquement ouvert en gestion « caisse d'assurance maladie ».

L'assurance maladie, comme hier la branche famille, doit faire entrer dans sa culture la recherche des droits potentiels de ses assurés. La CMU-C constitue à ce niveau une priorité. Celle-ci impose que déjà, les personnes identifiées comme sortant de la CMU-C soient contactées systématiquement lorsqu'elles ne renouvellent pas leur demande.

Les échanges d'information avec l'administration des impôts doivent permettre aux caisses d'assurance maladie de contrôler les déclarations de ressources des bénéficiaires de la CMU. Ces échanges devraient également permettre aux caisses de détecter au sein des populations démunies les ménages disposant de revenus leur permettant, a priori, d'entrer dans le droit.

<p>PROPOSITION : Mettre l'accès au droit CMU au cœur de l'action des caisses d'assurance maladie. Ouvrir le droit à la CMU-C à tout bénéficiaire du RMI « option gestion caisse » sans réponse au formulaire de choix sous 2 mois.</p>

3.1.2. Le non recours à l'aide complémentaire santé

Dans le cas de l'aide complémentaire santé, ce n'est pas le taux de non recours qui pose problème comme pour la CMU-C, c'est le très faible recours à ce dispositif qui doit être souligné. Au 31 août 2006 (soit près de deux ans après sa mise en place), le nombre de personnes qui ont utilisé leur attestation de droit à l'aide complémentaire santé s'élève à 235 000 soit à peine plus de 10 % de la population cible estimée (2 millions).

La difficulté de mise en œuvre de l'ACS se mesure de deux manières : le nombre limité d'attestations délivrées et leur taux d'utilisation limité.

3.1.2.1. La faible délivrance des attestations

La délivrance des attestations d'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé par le régime général reste stable : sur les 11 premiers mois de 2006, 183 000 attestations couvrant 331 000 personnes ont été délivrées (11 premiers mois de 2005 : 191 000 attestations couvrant 340 000 personnes). Pour la CCMSA et le RSI, le nombre de personnes ayant bénéficié d'une attestation au 30 septembre 2006 s'élève à 24 000 (à comparer au 19 000 du 30 septembre 2005).

On devrait aboutir pour l'année 2006 et tous régimes confondus à un nombre de bénéficiaires d'attestations très légèrement supérieur à celui de 2005 (402 000).

D'après les données de la CNAMTS, 21 % des attestations délivrées sur 2006 concernent des renouvellements de droit.

La structure par âge des bénéficiaires d'attestations du régime général est légèrement modifiée au détriment des jeunes et au profit des personnes de + de 65 ans.

	Année 2005	11 mois 2006
Moins de 25 ans	41,14 %	38,80 %
Entre 25 et 59 ans	44,64 %	45,20 %
Plus de 60 ans	14,23 %	16,00 %

Par rapport à la population cible estimée par le ministère à 2 millions de personnes, on aboutit ainsi à un taux de recours à la délivrance de l'attestation à peine supérieur à 20 %. Même si la population cible est sans doute surestimée, ce taux est préoccupant.

Aucune étude spécifique n'a été menée sur ce non recours. Par contre, à l'occasion des études sur le non recours à la CMU, la méconnaissance de ce dispositif a été relevée.

Une mutuelle qui s'adresse essentiellement à un public handicapé susceptible de bénéficier de l'ACS a transmis une étude très intéressante en relation avec la question du non recours au dispositif.

On notera en préalable que cet organisme, qui a considéré d'emblée le dispositif comme une opportunité de conforter le volet social de son action, s'y est fortement investi en menant une

importante campagne de communication envers ses assurés et les tiers concernés (associations tutélaires, Maisons départementales pour le handicap, etc.) et des actions de formation de ses personnels.

La mutuelle compte environ 90 000 assurés handicapés. Toutefois, la majorité de ces adhérents bénéficie de prestations complémentaires de l'AAH et le public susceptible d'être concerné correspond en réalité à 25 000 bénéficiaires potentiels. Un chiffrage sur le public éligible à l'ACS parmi les personnes handicapées selon leur niveau de ressources a été effectué par la mutuelle.

Avec une cible affinée évaluée à 25 000 personnes, le nombre de bénéficiaires s'établit en réalité à 6 700 soit environ 25 % de la cible théorique.

Interrogé sur les raisons qui peuvent conduire à ce résultat, l'organisme met en avant plusieurs facteurs : le public ou les organismes de tutelle qui les ont en charge, ont du mal à appréhender les démarches administratives auprès des caisses d'assurance maladie ; les personnes qui assurent la tutelle sont généralement débordées et le public lui-même rencontre de grandes difficultés à se déplacer.

3.1.2.2. Les actions de communication

Au vu du faible écho du dispositif ACS par rapport à la cible initialement affichée, la direction de la sécurité sociale du ministère de la santé et des solidarités a organisé des réunions pour promouvoir les actions de communication à mener par l'ensemble des partenaires pour mieux faire connaître le dispositif et accroître sensiblement d'ici la fin de l'année 2006 le nombre de bénéficiaires de l'ACS. Les organismes de sécurité sociale (différentes branches et régimes), les représentants d'organismes complémentaires, de l'UNEDIC ainsi que le Fonds CMU ont été conviés.

Après avoir fait le point sur l'état des lieux et les positions des partenaires, les participants se sont accordés en préalable sur la nécessité d'un ciblage adapté de la communication.

Les champs d'actions déjà menés et prévus prochainement pour améliorer l'information sur le dispositif ont également été abordés.

Début septembre, le ministère a adressé aux organismes de sécurité sociale, de protection sociale complémentaire et d'indemnisation du chômage, un questionnaire visant à recenser et mesurer l'impact des actions de communication en direction de l'ensemble de leurs ressortissants ; il concerne les actions entreprises et celles programmées.

Au vu des éléments disponibles à ce jour, il apparaît que l'ensemble des partenaires mettent en place des informations en ligne ou sous forme de dépliants, à destination de tous les publics, ainsi que des communications spécifiques à leur réseau sur le dispositif, en particulier à destination, soit du public cible (caisses de sécurité sociale), soit des bénéficiaires actuels de l'aide, pour les informer des évolutions de l'aide (plafond, etc.) et de la nécessité de faire une démarche en vue d'en obtenir le renouvellement (fédérations et organismes complémentaires).

Au regard du ciblage recherché, un travail de concertation entre les caisses d'assurance maladie d'une part, la CNAF et la CNAVTS d'autre part apparaît indispensable.

PROPOSITION : Faire un point sur les actions coordonnées initiées entre les caisses d'assurance maladie, la CNAF, la CNAVTS et l'UNEDIC d'ici la fin du 1^{er} trimestre 2007.

3.1.2.3. La non utilisation des attestations

Le taux d'utilisation des attestations d'ACS délivrées peut être approximativement estimé à 60 % (même si les personnes disposent de 6 mois pour utiliser leur attestation).

Ce taux d'utilisation d'un « bon achat » peut être considéré comme convenable même si l'objectif de l'améliorer demeure.

Les hypothèses évoquées par les différents partenaires pour expliquer la non utilisation d'attestations résident dans le reste à charge qui demeure important (en moyenne 60 % avant la revalorisation 2006 de l'aide, en prévision 50 % en 2006) et la non compréhension du dispositif.

La CNAMTS, à travers le réseau des CPAM, met en outre en avant la difficulté tenant au fait que les CPAM ne peuvent pas accompagner le bénéficiaire jusqu'à l'aboutissement de la démarche puisque, lorsque l'intéressé se voit remettre une attestation de droit, ces dernières ne peuvent plus intervenir, le bénéficiaire devant de lui-même procéder aux démarches pour souscrire un contrat auprès d'un organisme complémentaire de son choix.

Sur la question de la non utilisation des attestations, une étude est actuellement diligentée par la CNAMTS. Cette enquête qui va s'étaler sur 4 mois a débuté en octobre. 6 caisses sont sollicitées : 1 en Ile-de-France, 2 dans le Nord, 2 dans l'Est et 2 en Poitou-Charentes. Des populations et des lieux différents seront donc étudiés conduisant in fine à une bonne représentativité.

Dans une première phase, cette étude identifiera le profil des détenteurs d'attestations : catégorie socioprofessionnelle, situation personnelle, revenus (niveau et nature). Puis, il s'agira de vérifier si les personnes ont ou non utilisé leur attestation et si ce n'est pas le cas, les raisons du renoncement. Pour cela, un questionnaire sera envoyé aux personnes enquêtées.

Les résultats définitifs devraient être disponibles courant mars 2007 et devraient apporter une information précieuse sur la question de la non utilisation des attestations, l'étude allant d'ailleurs au-delà en recherchant à décrire la population concernée.

PROPOSITION : Tirer les conséquences de l'étude CNAMTS d'ici juin 2007.

3.2. Contrôle des risques et fraudes

La fraude à la CMU existe, comme pour toutes les prestations. Aucun élément ne permet cependant d'affirmer qu'elle atteint des niveaux significatifs : le nombre des bénéficiaires de la CMU reste largement inférieur aux prévisions de population cible (plus de 20 % de non recours), le niveau moyen de dépenses est cohérent avec ce qu'on pouvait attendre. Il n'est pas particulièrement élevé et ne marque pas de signe de dérapage.

En toute logique, s'agissant d'une prestation en nature, elle est moins « attractive » qu'une prestation en espèce, même si le bénéfice du tiers-payant associé au service de la prestation peut induire un risque supplémentaire. Les bénéfices éventuels des fraudeurs sont cependant limités : un soin ne peut pas être remboursé deux fois. De plus, se soigner relève de la nécessité plus que du confort ou du plaisir, ce qui limite, là aussi les tentations. Par ailleurs, concernant la CMU-C, le risque moyen pour la collectivité est relativement faible : 340 € par an, contre 5 200 € pour le RMI par exemple qui est une prestation en espèce.

Il n'en demeure pas moins que des cas de fraudes à la CMU de base et à la CMU-C existent et ont été rendus publics, en particulier concernant des ressortissants communautaires. Ces fraudes concernaient pour l'essentiel la CMU de base.

C'est pourquoi le parlement a modifié à plusieurs reprises les textes régissant l'attribution du droit (essentiellement sur la question des ressources) et les contrôles possibles. De plus, des projets de décrets concernant la condition de résidence et la taxation d'office devraient permettre de lever des ambiguïtés liées à certaines situations particulières. Les caisses de sécurité sociale disposent ainsi de tous les outils permettant de lutter efficacement contre les fraudes et les abus. Leur mise en place définitive devra s'accompagner d'une évaluation de leur efficacité.

Evaluer les risques est indispensable : pour éviter la mobilisation de moyens surdimensionnés à des problèmes d'importance mineure ou au contraire, faute d'analyse suffisante, de passer à côté de risques mal identifiés.

Il convient enfin de rappeler que près de la moitié des bénéficiaires de la CMU-C le sont au titre du bénéfice du RMI. Cette prestation est fortement contrôlée par les CAF (cf. La lettre des allocations familiales – Septembre 2006).

3.2.1. Analyse des risques et problématiques de terrain

3.2.1.1. Facteurs de risques liés au contrôle des ressources et du patrimoine

La déclaration des ressources annuelles, dont le niveau détermine d'une part la gratuité ou non de la couverture de base CMU, d'autre part l'accès au dispositif en CMU complémentaire, induit un risque d'erreur ou de fraude qui n'est pas encore mesuré précisément, mais que des affaires récentes, portant sur des cas certes marginaux, ont mis en lumière.

Le contrôle a priori, toujours possible, mais concrètement peu pratiqué

L'instruction des dossiers CMU permet de vérifier le droit (en particulier les ressources) et peut toujours donner lieu à un refus d'attribution. Cependant, la lettre et l'esprit de la loi fondatrice du 27 juillet 1999 et des textes d'application impliquent une procédure rapide pour l'accès aux soins sans délai et une vérification ultérieure des pièces fournies en cas de suspicion, et les moyens de contrôle des caisses peuvent être insuffisants.

Dans ce cadre, l'utilisation des déclarations sur l'honneur concernant les ressources est assez largement répandue, sans qu'il soit possible aujourd'hui de mesurer l'ampleur de ce recours. Ceci constitue un risque de fausse déclaration, même s'il serait dangereux de jeter pour autant la suspicion sur l'ensemble des bénéficiaires.

Le caractère le plus souvent a posteriori des contrôles des caisses

Le caractère a posteriori des contrôles des revenus par les caisses, qui s'appuie sur des bases légales et des circulaires d'application, notamment dans les cas d'urgence, a procuré un terrain favorable à l'attribution de la CMU de base - pendant un temps plus ou moins long qui dépend de la réactivité des caisses - à des personnes qui pourraient s'avérer in fine ne pas y avoir droit.

Ces contrôles auraient pu cependant produire leur effet, mais leur faible nombre n'a pas permis une évaluation sûre des risques de fraude, en raison de moyens humains et juridiques insuffisants d'après les caisses.

La non concordance des périodes annuelles de contrôle des ressources selon les normes fiscales ou de sécurité sociale pour la CMU-C

Pour l'évaluation des ressources, les services fiscaux retiennent l'année civile précédente comme référence alors que l'assurance maladie raisonne sur les 12 derniers mois glissants pour la CMU complémentaire (article R. 861-8 du CSS). Cette discordance a une influence négative sur l'harmonisation des contrôles et sur l'efficacité du croisement des fichiers avec l'administration fiscale ; ceci doit cependant être mis en regard de la non parution du texte qui devait harmoniser ces périodes ; cette non parution, déjà mentionnée dans le rapport d'évaluation de 2003, entérine de fait le maintien de l'examen sans doute plus adapté de la situation réelle en matière de ressources.

En revanche, pour la CMU de base, la différence d'appréciation n'existe pas, puisque l'on parle de revenu fiscal de référence.

Les difficultés rencontrées dans les croisements de fichiers informatiques

Il reste que ces discordances ne facilitent pas le rapprochement des informations des bases fiscales et sociales.

Ce croisement se heurte d'ailleurs à plusieurs freins : la nécessité de respecter le secret professionnel (article 226-13 du Code pénal), les réticences de la CNIL, les différences d'organisation entre la DGI et l'assurance maladie.

Cette activité est cependant juridiquement encadrée : l'article R. 152-1 du livre des procédures fiscales régit les conditions dans lesquelles un organisme de sécurité sociale peut obtenir des informations nominatives de la direction générale des impôts, de la direction générale de la comptabilité publique ou de la direction générale des douanes et droits indirects.

Entre les caisses de sécurité sociale, CAFPRO permet aux caisses maladie de connaître le montant des prestations versées par les CAF, mais n'est pas la réponse à un contrôle exhaustif des ressources des allocataires. De plus, reste à paraître un décret d'application de l'art. L. 114-10 du code de la sécurité sociale concernant les modalités de coopération des services sociaux.

La valorisation inadéquate des revenus et cotisations liés au patrimoine

Les ressources prises en compte pour la détermination du droit au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé (article R. 861-4 du CSS) comprennent, sous certaines réserves, l'ensemble des ressources nettes de prélèvements sociaux obligatoires, de contribution sociale généralisée et de contributions pour le remboursement de la dette sociale, de quelque nature qu'elles soient, des personnes composant le foyer, y compris les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers et par des capitaux.

Quand il l'est, le patrimoine n'est pas toujours correctement valorisé en termes de revenus ou d'équivalent de revenus, notamment pour les propriétaires occupants. Pour la CMU-C, l'avantage en nature lié à la possession du logement est inclus dans les ressources du foyer, à concurrence d'un forfait mensuel égal à 12 % du RMI pour une personne isolée. Selon l'article R. 861-6, pour les personnes n'habitant pas leur logement, les revenus d'immeubles sont valorisés et censés rapporter annuellement 50 % de leur valeur locative. Terrains non bâtis et capitaux sont également valorisés.

Tel n'est pas le cas pour la CMU de base où la notion de patrimoine n'est pas prise en compte dans l'évaluation du seuil de ressources pour le paiement de la cotisation ; pour la CMU de base, l'attestation d'imposition suffit à l'examen des ressources, pas pour la CMU-C.

De plus, pour la CMU de base, l'absence de plafond de cotisation pour des revenus patrimoniaux très élevés (même si leur nombre est très limité) incite ces personnes à faire jouer indûment la procédure de taxation d'office (basée sur une assiette, à l'appréciation de la caisse, mais ne dépassant pas 5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale), plutôt que d'être taxées à 8 % sur leur revenu dépassant le plafond CMU.

3.2.1.2. Facteurs de risques liés à la libre circulation des bénéficiaires

Les autorisations de résidence accordées aux ressortissants français ou étrangers

Le contrôle de la régularité de la résidence est prévu à l'article L. 115-7 du CSS. Pour les étrangers, la circulaire du 3 mai 2000 apprécie la condition de régularité de la résidence au moyen de diverses preuves ou présomptions comme le dépôt d'un dossier de demande de titre de séjour ou de mention « dispense temporaire de carte de séjour », la copie des déclarations fiscales d'habitation, etc.

Or, la présomption de droit, avec le principe d'immédiateté de l'affiliation dès le dépôt de la demande de CMU sur critère de résidence, aurait nécessité des contrôles a posteriori plus systématiques par les caisses.

La question se pose pourtant des moyens affectables dans les caisses à leur obligation de contrôle périodique de la condition de stabilité de la résidence prévue par la même circulaire du 3 mai 2000.

Les ressources de migrants perçues à l'étranger

Un texte d'application est encore à paraître pour l'application de l'article L. 161-1-4 : un décret en Conseil d'Etat doit prévoir les conditions dans lesquelles la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général de sécurité sociale agissant pour le compte de l'ensemble des régimes.

D'autre part, il n'y a pas encore assez de recul pour juger de l'application de la circulaire DSS/DACI du 21 août 2006 relative à la prise en compte, pour l'appréciation des ressources pour l'octroi des prestations sous conditions de ressources, des prestations et ressources d'origine étrangère ou versées par une organisation internationale ; mais le CLEISS, organisme de liaison chargé par ailleurs de la mise en œuvre de la coordination entre les régimes étrangers de sécurité sociale et le régime français, ne fournit pas toujours assez vite au gré de l'assurance maladie les traductions des pièces justificatives demandées à l'étranger par les caisses. De toute façon, les caisses ont encore une certaine latitude de juger de l'opportunité de déclencher des contrôles auprès des services fiscaux étrangers ou organisations internationales.

Les ressortissants étrangers sans ressources déclarées

Il s'agit principalement de résidents communautaires en France, n'ayant jamais été affiliés à un régime socioprofessionnel en France, inactifs (rentiers ou disposant de recettes non déclarées - situation de certains migrants anglais en Dordogne par exemple) et d'étudiants.

Le premier règlement européen n° 1408 de 1971 en la matière définissait les bases de la coordination des régimes sociaux essentiellement sur la base de la compétence de l'Etat employeur ; il n'a pris en compte les inactifs que par extension des droits d'ex-travailleurs. Les textes européens laissent encore des zones d'ombre sur le régime des inactifs qui ne peuvent être rattachés par exemple à un régime de pensionnés qui leur ouvrirait un droit à un régime d'assurance maladie.

Des problèmes de coordination sont apparus avec l'intégration à l'Union Européenne des pays nordiques et la modification radicale du régime néerlandais.

Ces cas d'espèces que les caisses avaient du mal à traiter et qui ont généré quelques abus manifestes devraient être réglés par le biais de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires conditionnant le droit de séjour (voir en particulier ci dessous le projet de décret modifiant R. 380-1 sur la condition de résidence).

Les français résidant principalement à l'étranger

Si les français résident au moins 3 mois en France, ils peuvent tenter de garder leurs droits en France en omettant de déclarer leur changement d'adresse principale et ne sont plus contrôlés dans leurs droits sociaux en France.

Ils font l'objet du même projet de décret qu'indiqué ci-dessus sur la condition de résidence ainsi que d'un autre en préparation sur la restitution de la carte vitale (cf. infra).

3.2.1.3. Les limites à la suspension des prestations

Concernant la modification de l'art L 380-2 sur les sanctions en cas de fausse déclaration, le texte d'application est encore à paraître : les modalités d'application de la suspension des prestations sont en effet fixées par décret ; et la suspension ne s'impose pas à la caisse.

Le décret nécessaire n'est pas encore paru pour l'application du L 161-1-4, également institué par la LFSS 2006, qui dit que « sauf cas de force majeure, la non-présentation par le demandeur des pièces justificatives entraîne la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées ».

Il n'est pas très étonnant que les caisses s'abritent derrière cette complexité et les vides juridiques pour ne pas s'engager sous leur responsabilité propre dans des actions incertaines.

3.2.1.4. Risques communs avec tous les bénéficiaires de l'assurance maladie

Les usurpations d'identité

On ne connaît pas exactement les cas d'utilisation frauduleuse de carte Vitale existants ou de fabrications de fausses cartes. En raison du pointage des sur-consommateurs par l'assurance maladie, l'intérêt existe cependant pour les fraudeurs de répartir sur plusieurs comptes des consommations qu'ils souhaitent dissimuler.

Une nouvelle carte avec photo couleur et nouveaux renseignements (voir plus loin décret en préparation) peut contribuer à une meilleure identification et à la prévention des utilisations abusives.

Les cartes sur listes d'opposition

Un risque supplémentaire provient de ce qu'une carte Vitale volée ou perdue, par exemple deux ans après son émission, peut être utilisée par un non propriétaire pendant les 2 à 3 ans qui lui restent de validité, auprès d'un professionnel de santé, lequel ne dispose pas nécessairement de liste de cartes en opposition.

3.2.2. Synthèse des enjeux liés au contrôle des risques et fraudes

Enjeu financier

L'enjeu financier est le plus mal mesuré, s'agissant d'une prestation en nature qui correspond à la charge par l'assurance maladie d'un acte médical.

Même dans le cadre de l'obligation de la CNAMTS de synthèse annuelle prévue par l'article L. 114-9 du CSS, en application de l'article 92 de la loi de financement de la sécurité sociale 2006, les remontées trimestrielles de fiches techniques par type de fraude n'ont pas encore permis aujourd'hui d'établir un bilan des abus liés à la CMU.

Lors de la synthèse annuelle présentée par la CNAMTS en septembre 2006, les objectifs globaux chiffrés de 2006 pour mener à bien les activités dans le cadre général de la prévention des abus (dont une partie seulement pourrait concerner les fraudes) ont été estimés à environ 100 millions d'euros ; cette cible a été obtenue, soit en calculant les préjudices subis annuellement, soit en évaluant les préjudices évités estimés annuels, pour chacune des opérations de lutte contre la fraude engagées en 2006. Mais la part relative à la CMU n'est pas identifiée.

Enjeu de légitimité

Le principe d'une couverture maladie universelle, faisant consensus national, le dispositif actuel de la CMU doit être préservé contre toute dérive. L'existence d'abus ou fraudes avérés, même peu nombreux, porte atteinte à la crédibilité de l'ensemble dans l'opinion, et cet enjeu semble primer l'enjeu purement financier.

Tout en poursuivant l'objectif de mesure plus précise de ce dernier, tant sur le plan du coût des contrôles, qu'en montant des récupérations d'indus ou de pénalités, les acteurs de la protection sociale ont donc été invités à prendre les mesures de prévention et de répression propres à éviter au maximum les anomalies les plus criantes, qui pourraient servir de prétexte à une remise en cause de la solidarité nationale.

La création récente du Comité national de lutte contre la fraude va dans ce sens.

Enjeu d'équité

Tout surplus de complexité des contrôles induit un risque d'interprétation différente des instructions par les techniciens de base de l'assurance maladie, pouvant soit s'abriter sur les dispositions les plus sécurisantes pour éviter toute contestation, soit privilégier la rapidité de l'accès aux soins, notamment en cas d'urgence.

Un risque non négligeable de traitement différencié de l'assuré existe donc entre caisses différentes ou même au sein de la même caisse suivant les stratégies adoptées dans le temps. Le deuxième rapport d'évaluation de la loi CMU avait également souligné l'inégalité de certaines catégories de bénéficiaires devant « l'immédiateté du droit » normalement garantie par l'article L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale.

3.2.3. Réponses apportées aux risques de fraudes

3.2.3.1. Réponses des caisses d'assurance maladie

Le dispositif de prévention des fraudes dans l'assurance maladie n'est plus récent mais encore en chantier. Le contrôle du risque CMU de base ou CMU-C n'est qu'un item comme un autre du contrôle des prestations et ne bénéficie pas de traitement particulier.

Au-delà, les dispositifs de gestion du risque (GDR) ont concerné beaucoup plus la maîtrise médicalisée des dépenses autorisées que le ciblage personnalisé des abus de droits ou de prestations. Par exemple, sur la cible des sur-consommateurs, parmi les 4 175 personnes morales ou physiques ciblées et contrôlées en 2005 par la CNAMTS, 49 actions pénales ont été menées.

Par ailleurs, les premières expérimentations d'échanges de fichiers informatiques avec la DGI ont lieu actuellement sur 4 caisses primaires d'assurance maladie ; à cette occasion, un échantillon statistiquement représentatif des dossiers doit être constitué par la CNAMTS sur la base de ces croisements de fichiers, pour opérer une première évaluation significative de la fraude.

3.2.3.2. Réponses législatives

Le programme 183 « Protection maladie » de la loi de finances présente des indicateurs de suivi des contrôles effectués dans les CPAM.

- Indicateurs de Contrôle des ressources des bénéficiaires de la CMUC :

Nombre de dossiers contrôlés sur la base
Total de bénéficiaires CMUC

et

Nombre de dossiers présentant des divergences
Nombre total de dossiers contrôlés sur la base

Contrôles a posteriori : ils doivent être diligentés en cas de suspicion ou de doute quant à la véracité des ressources déclarées et systématiques à hauteur de 1% des bénéficiaires de la CMU-C présents dans les bases.

- Indicateur sur le contrôle du bon usage de la carte Vitale

Nombre de bénéficiaires dits atypiques
Total des bénéficiaires de la CMUC

Le contrôle porte sur l'analyse de la consommation des bénéficiaires de la CMUC, analyse qui permettrait de recenser les comportements atypiques. Des consommations anormales (hors ALD) laisseraient présumer un mauvais usage de la carte vitale.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, dans son article 92, prend des dispositions plus précises quant à la gestion du risque et plus particulièrement sur le contrôle et la lutte contre la fraude dont notamment :

- l'obligation d'enquêtes pour les directeurs de caisses après connaissance de faits « pouvant être de nature à constituer une fraude » ;
- l'obligation de rapport de synthèse annuelle des opérations de contrôle des fraudes ;
- l'habilitation des agents assermentés pour le compte de plusieurs organismes de sécurité sociale agissant en commun ;
- le calage des échanges d'informations avec la DGI sur le livre des procédures fiscales.

Des conditions plus strictes pour les étrangers

La directive européenne 2004/38/CE du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des Etats membres, a été transposée dans la loi 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration en précisant que « le séjour en France est autorisé au delà de 3 mois s'il dispose pour lui et pour sa famille de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale, ainsi que d'une assurance maladie ».

De plus, en 2007, les caisses primaires d'assurance maladie pourront refuser d'affilier à la CMU les travailleurs détachés et leurs ayants droit, venus en France dans le cadre d'un détachement organisé par un accord international de sécurité sociale ou d'un règlement européen, et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale. Mais il s'agit plus de mesures d'économies.

Enfin, la procédure de maintien de droits a été réformée : l'article 131-I de la LFSS 2007 subordonne le bénéfice de la procédure de maintien de droits aux personnes qui résident effectivement sur le territoire.

Trois amendements au PLFSS 2007 renforcent les moyens juridiques et techniques des caisses

Le premier traite du constat du train de vie (article 132 de la loi) : « Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée (...). Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. ». Un barème doit être créé afin de guider les caisses dans leur chiffrage forfaitaire.

L'article 138 de la loi de financement de la sécurité sociale crée un Répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale « Ce répertoire est utilisé par ces organismes notamment pour les échanges (...) avec les administrations fiscales ».

En outre, pour la restitution de la carte vitale (article 131) : « Toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations à l'assurance maladie (...) est tenue d'en informer, dans un délai fixé par arrêté, l'organisme d'assurance maladie auquel elle est rattachée ainsi que de restituer la carte électronique individuelle (...) qui lui a été délivrée ».

Renforcement des sanctions

Dans la LFSS 2006, l'absence de déclaration par les assurés d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations de CMU de base est sanctionnée par une pénalité dans la limite de deux fois le plafond annuel de la sécurité sociale (L 162-1-14). Selon la même loi, lorsqu'à l'issue des investigations prévues, une fraude est constatée pour un montant supérieur à un seuil fixé par décret, les organismes de sécurité sociale doivent porter plainte en se constituant partie civile. En ce cas, ils sont dispensés de la consignation prévue à l'article 88 du code de procédure pénale.

Avant l'adoption du PLFSS 2007, la commission mixte paritaire a adopté un article dans la rédaction du Sénat selon lequel « Art. L. 114-18. – Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale, ou de payer les cotisations et contributions dues, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement. »

3.2.3.3. Réponses apportées par des textes d'application

Projet de décret sur la condition de résidence

Le projet de décret définirait la notion de résidence pour bénéficier des prestations familiales, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, ainsi que de la CMU de base et complémentaire. Pour bénéficier de ces prestations serait ainsi considérée comme résidant en France toute personne, à l'exception des ayants droits mineurs, ayant son foyer ou son lieu de séjour principal en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer. La condition de séjour principal serait réputée remplie lorsque la personne est personnellement et effectivement présente en France pendant plus de six mois au cours d'une année donnée.

S'agissant des bénéficiaires de la couverture maladie universelle de base et complémentaire, le projet de texte maintiendrait le délai de trois mois de résidence ininterrompue en France lors de la demande d'affiliation. Il viserait en revanche à s'assurer qu'une fois l'affiliation effectuée, l'assuré continue de résider en France de manière effective dans les conditions qu'il prévoit (soit 6 mois). Le projet de décret prévoirait également des mesures renforçant les moyens de contrôle des organismes de sécurité sociale.

Projet de décret modifiant R. 380-5 sur la taxation d'office des ressources

Le même décret prévoirait qu'au cas où l'assuré n'a pas fourni les éléments permettant de calculer la cotisation dont il est redevable au titre de la CMU, celle-ci serait fixée d'office par la caisse primaire d'assurance maladie obligatoirement sur la base d'une assiette égale à cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale et non plus soumise à une appréciation plus ou moins difficile et aléatoire par la caisse.

La priorité des pièces justificatives sur la déclaration sur l'honneur serait affirmée.

Projet de décret sur la carte Vitale

La carte Vitale, munie d'une photo, deviendrait réellement un élément porteur de droits vérifiables, déjà authentifiée comme document propre à une personne déterminée dans le cadre de l'article R. 161-33-1.

3.2.3.4. Réponses transversales des acteurs

Le décret 2006-1296 du 23 octobre 2006 crée un Comité national de lutte contre la fraude en matière de protection sociale chargé notamment de centraliser et analyser les cas de fraude recensés par les organismes de sécurité sociale, d'animer la coopération entre ces organismes pour lutter contre les fraudes et de participer à la mise en place des échanges d'informations entre l'ensemble des organismes en charge de la prévention et de la détection des fraudes.

Son programme de travail, sous l'égide d'un chef de projet, doit être présenté début 2007. Il rassemble les principaux acteurs de la protection sociale en France ainsi que l'administration fiscale.

3.2.4. Intégration du contrôle des risques dans le dispositif d'accès aux soins

Un équilibre délicat est à rechercher entre le maintien d'une garantie d'un accès rapide aux droits et donc aux soins et la fiabilisation d'un système de contrôle indispensable à une prestation en nature pour en assurer la pérennité.

Un plan de contrôle adapté pour l'assurance maladie

L'assurance maladie doit se doter d'un plan de contrôle ciblé sur certains dossiers de CMU/CMU-C, avec évaluation a priori du coût associé à chaque action. Ce ciblage pourrait concerner en priorité les dossiers déclarant zéro ressources, les dossiers avec déclaration sur l'honneur, les dossiers suspects par le biais des ciblage de sur-consommateurs CMU ou CMU-C et enfin les dossiers présentant une présomption de déplacements internationaux.

Concrétisation des échanges informatiques avec la DGI sur le plan national

Après les expérimentations en cours et l'évaluation plus réaliste des risques de fraudes, il est nécessaire de généraliser ces croisements afin de pouvoir se dispenser de contrôles manuels trop fastidieux et non pertinents sur l'ensemble des bénéficiaires, afin de se concentrer sur les dossiers pouvant présenter une présomption de suspicion.

Meilleure identification de la CMU et de la CMU-C dans le système de remontées des fraudes

Les acteurs et opérateurs des programmes de protection sociale ne peuvent se contenter d'une extrapolation des risques communs aux assurés au cas particulier de la CMU. Des dispositions doivent donc être prises, sans créer un système de contrôle spécifique, pour inclure des pointeurs dans les systèmes de détection des risques et fraudes, qui donnent des remontées précises sur les suspicions et actions entreprises en matière de CMU.

Précautions à prendre dans le renforcement des contrôles

La plus grande attention des acteurs doit être portée sur la nécessité de ne pas remettre en cause la volonté du législateur d'accès rapide aux soins (l'attribution sous 2 mois). L'équilibre doit être recherché entre la nécessité de favoriser le contrôle a priori pour mieux étayer d'éventuelles suspicions sans pour autant retarder les soins de la majorité de la population.

Une grande attention devra être portée pour éviter les discriminations pouvant résulter d'un ciblage arbitraire de certaines catégories mettant en péril le traitement égal des assurés.

En tout état de cause, il est peu efficient de créer un système spécial et coûteux de contrôle de la CMU pour une population qui ne montre pas des signes évidents de fraude supérieure au reste de la population.

Un corollaire est de veiller à ce que soient au rendez-vous dans les caisses les moyens nécessaires à ces dispositions : moyens juridiques (décrets d'application nécessaires, possibilités de sanctions et pénalités), moyens humains (formation, qualification, redéploiements) et moyens organisationnels (systèmes d'informations, instructions pérennes, ciblage encadrés, évaluation des coûts exposés et des retours sur investissement).

CONCLUSION

La loi du 27 juillet 1999 créant la CMU en est maintenant à sa septième année d'existence.

Le présent rapport n'avait pas pour objet de retracer son évolution au cours de cette période, ni de reproduire de longues séries statistiques, disponibles par ailleurs dans les rapports annuels d'activité du Fonds CMU chargé de sa gestion. Il a mis l'accent sur quelques points particuliers qui constituent encore les zones d'ombre d'application de la loi.

Il s'agit en premier lieu des refus de soins dont sont victimes les bénéficiaires de la CMU. A la suite de l'enquête réalisée par le Fonds CMU et rendue publique le 21 juin 2006, le ministre de la santé et des solidarités a commandé à l'Inspection générale des affaires sociales un rapport qui lui a été remis le 13 décembre 2006. Les refus de soins constituent un point noir dont l'ampleur est loin d'être négligeable. Les mesures contenues dans le rapport remis au ministre et discutées lors de la conférence qu'il a organisée dès le 19 décembre 2006 ont pour objet, avec le concours de tous les acteurs, Ordres, Syndicats de professionnels de santé et Associations, de remédier à cet état de fait qualifié à juste titre d'inacceptable. Comme l'a souhaité le ministre, l'évolution de cette situation sera suivie avec attention et l'on ne peut douter que la mobilisation des différents acteurs porte rapidement ses fruits.

Il s'agit en second lieu du délicat sujet des abus et fraudes qui, s'il ne représente pas des proportions importantes, constitue lui aussi un point noir qu'il convient de résorber. Les mesures prises à l'occasion de la LFSS 2006 et de la LFSS 2007 doivent permettre d'aller dans le sens de la régularisation de situations qui, quoique peu nombreuses, jettent le discrédit sur les 4,8 millions de bénéficiaires de la CMU.

En troisième lieu le rapport s'est penché sur l'implication des organismes complémentaires dans la gestion de la CMU. Si la forte diminution en nombre d'organismes n'est pas contestable, la mesure de leur poids à partir de leur taille financière montre que les OC restent majoritairement dans le dispositif.

Le présent rapport s'est attaché à ces points sensibles de l'application de la loi et aux voies et moyens à utiliser pour parvenir à leur résorption. Il n'en reste pas moins que la loi CMU qui avait comme finalité première de permettre un accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources, doit être considérée comme ayant atteint son objectif.

Le simple fait que le nombre des bénéficiaires de la CMU complémentaire dépasse quatre millions et demi de personnes contre trois millions pour les anciens bénéficiaires de l'Aide Médicale Départementale en est un témoignage, même si l'on doit constater que le taux de recours à la prestation reste insuffisant. L'appréciation générale que l'on peut porter et que portent tous les acteurs du dispositif qui ont été rencontrés est globalement positive.

Par ailleurs, comme le montre le présent document, la CMU ne peut être accusée d'avoir apporté une dérive sur le plan financier. L'analyse des coûts moyens fait ressortir des dépenses moyennes un peu inférieures à 340 €, soit un coût plus faible que bon nombre de contrats complémentaires classiques. De plus ce coût ne connaît pas une évolution différente des dépenses globales de santé.