

Références

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



Éditorial

n°75

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, réforme du "100 % Santé", extension de la CMU-C à l'ensemble des personnes vivant sous le seuil de pauvreté, la santé occupe le devant de la scène et s'est aussi invitée au sein du Grand débat national alors qu'elle ne faisait pas partie des quatre grands thèmes initialement retenus.

Le projet de loi relatif au système de santé vise à résoudre les inégalités de santé dues à la rareté de l'offre de soins sur certains territoires.

Sa version initiale n'aborde pas directement la question de l'accès à la santé et du maillage territorial de l'offre de soins pour les personnes vulnérables (notamment celles en situation de précarité et celles en situation de handicap). Or, si ces populations doivent être intégrées le plus possible dans le droit commun, un renforcement des structures ressources dédiées existantes et une amélioration de leur répartition sur le territoire sont nécessaires dans la mesure où ces structures servent de levier à l'inclusion des personnes vulnérables dans notre système de santé. A cet égard, la labellisation des missions des hôpitaux de proximité pourrait intégrer l'obligation de mettre en place une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) afin d'assurer un accueil et une orientation des personnes en situation de précarité, avec un maillage géographique suffisant. Cette proposition fait partie des 42 propositions pour l'amélioration de l'accès à la santé des personnes en situation de précarité et de handicap établies par la mission Denormandie-Cornu, et qui ont été présentées à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale¹.

Au moment où cet édit est rédigé, les amendements adoptés après examen par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale comportent des évolutions favorables qui mettent l'accent sur la prise en compte des personnes fragiles dans le cadre des projets territoriaux de santé, des prérogatives des hôpitaux de proximité, etc.

Les propos liminaires de l'exposé des motifs du projet de loi renvoient aussi à un diagnostic que nous avons souligné dans le cadre de la mission sur l'accès à la santé des personnes fragiles : la nécessité de mettre fin au décloisonnement entre les prises en charge en établissement sanitaire, en établissement médico-social, dans les soins de ville, pour faciliter les parcours de soins et de vie. Seuls les aspects organisationnels sont traités, les questions relatives au cloisonnement des financements relevant d'une loi financière. Gageons que l'étanchéité des financements et ses incidences sur les parcours de soins feront l'objet d'un réexamen approfondi...

Marianne CORNU-PAUCHET,
Directrice du Fonds CMU-C

¹ Philippe Denormandie et Marianne Cornu-Pauchet, "L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité", rapport au Parlement, juillet 2018. Cf. audition par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, 30 janvier 2019 <http://videos.assemblee-nationale.fr/>

L'extension de la CMU-C et le "100 % Santé" : deux réformes distinctes et articulées, qui améliorent l'accès aux soins des assurés en situation de précarité

Le paysage de la protection complémentaire santé est en pleine transformation.

D'un côté, la réforme du "100 % Santé" mise en place progressivement à compter de 2019 va permettre à l'ensemble de la population couverte par un contrat santé responsable d'accéder à des soins dentaires prothétiques, à des équipements d'optique et à des aides auditives remboursés intégralement par les assurances maladie obligatoire et complémentaire. Depuis le 1^{er} janvier 2019, les assurés bénéficient déjà d'aides auditives moins chères en raison des tarifs plafonds qui ont été instaurés.

De l'autre côté, la CMU-C va être étendue aux personnes éligibles à l'ACS sous réserve d'une participation financière maîtrisée, déterminée en fonction de leur âge. Le panier de soins et la prise en charge des dépenses seront identiques pour l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C, qu'ils soient redevables ou non d'une participation financière. Ils auront notamment accès à des soins dentaires prothétiques, à des équipements d'optique, à des aides auditives et à certains autres dispositifs médicaux sans reste à charge dès le 1^{er} novembre 2019.

D'aucuns pourraient se demander quelles améliorations apporte l'extension de la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS alors que le "100 % Santé" bénéficiera à l'ensemble des personnes couvertes par un contrat responsable (et sachant que les contrats ACS aujourd'hui sont obligatoirement responsables).

Les améliorations sont multiples et de différents ordres. Tout d'abord, rappelons que le panier de soins de la CMU-C est plus large que celui du "100 % Santé". Notons ensuite la simplification du dispositif, qui est de nature à augmenter le taux de recours aux droits. De plus, le montant des participations financières pour les bénéficiaires concernés devrait être limité et, en tout état de cause, devrait être en moyenne moins élevé que le reste à payer sur les primes relatives aux contrats ACS. Les tarifs actuels auraient de plus été revus à la hausse lors du renouvellement de la mise en concurrence, notamment en raison de l'augmentation du forfait journalier hospitalier et des revalorisations des tarifs des soins particulièrement en dentaire. Enfin, s'agissant de la prise en charge des prothèses dentaires et des dispositifs médicaux évoqués plus haut, elle est déjà intégrale et effective pour les bénéficiaires de l'actuelle CMU-C et le sera aussi, dès le 1^{er} novembre 2019, pour les bénéficiaires de la nouvelle CMU-C sans avoir à attendre les échéances de 2020 et de 2021.

L'amélioration apportée par le "100 % Santé" est celle, non négligeable, de la qualité des soins et des équipements pour les bénéficiaires de la CMU-C. En effet, les nomenclatures ont été ou vont être revues et les bénéficiaires de la CMU-C ont accès au moins aux mêmes actes que ceux des paniers de soins du "100 % Santé". Cet accès à une meilleure qualité intervient dès l'entrée en vigueur des nouvelles nomenclatures, c'est-à-dire depuis le 1^{er} janvier 2019 pour les aides auditives, depuis le 1^{er} avril 2019 pour les prothèses dentaires et au 1^{er} janvier 2020 pour les équipements d'optique.

C'est l'articulation des deux mesures, le "100 % Santé" et l'extension de la CMU-C, qui permet d'offrir aux personnes précaires un accès à des soins de bien meilleure qualité sans reste à charge.

La CMU-C en chiffres

■ Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C ont progressé en 2018

En 2018, dans le prolongement de la croissance du chômage un an plus tôt, les effectifs de la CMU-C ont repris leur évolution à la hausse pour l'ensemble des régimes de base. En fin d'exercice, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C tous régimes confondus est évalué à 5,63 millions, en hausse de 1,8 %. La progression porte sur la métropole (+2,0 % contre +0,1 % dans les DOM).

La hausse est également différente selon le régime d'affiliation : +1,7 % au régime général, +5,1 % au régime des indépendants et +4,9 % au régime agricole. Les sections locales mutualistes (SLM) sont en baisse de 14,8 % consécutivement à l'intégration progressive des étudiants au régime général depuis le 1^{er} septembre 2018.

Le nombre de bénéficiaires qui ont choisi un organisme complémentaire (OC) pour la gestion de leur CMU-C a diminué de 7,9 %, pour un total de 505 000 personnes.

Effectifs CMU-C au 31/12/2018

en milliers

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	4 444	556	5 001	417
Régime social des indépendants	365	18	383	46
Régime agricole	151	9	159	20
Sections locales mutualistes	64	8	72	21
Régimes spéciaux	7	4	11	1
Total Décembre 2018	5 030	595	5 626	505

Évolution du 31/12/2017 au 31/12/2018

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	1,9 %	0,3 %	1,7 %	-8,0 %
Régime social des indépendants	4,9 %	8,2 %	5,1 %	-1,8 %
Régime agricole	5,4 %	-3,0 %	4,9 %	-8,0 %
Sections locales mutualistes	-14,0 %	-21,0 %	-14,8 %	-15,2 %
Régimes spéciaux	1,8 %	9,8 %	4,7 %	-28,6 %
Total Décembre 2018	2,0 %	0,1 %	1,8 %	-7,9 %

Données provisoires
Source : tous régimes

■ La progression de la dépense de ville est portée par les nouvelles prises en charge des soins dentaires

La dépense pour la part CMU-C est estimée à 2,3 milliards d'euros en 2018, tous modes de gestion confondus. Le coût moyen par bénéficiaire s'établit à 415 €, dont 422 € pour le régime général, 351 € pour les indépendants et 356 € pour le régime agricole. Il est en hausse de 3 %.

Le montant moyen par bénéficiaire pour les soins de ville est de 313 €, en augmentation de 3,3 %. Cette hausse est totalement portée par la mise en place de la nouvelle grille tarifaire pour la CMU-C au 1^{er} octobre 2017. Pour l'ensemble des trois postes de dépense liés aux soins dentaires (soins, forfaits prothèse et forfaits orthodontie), le coût moyen est ainsi passé de 87 € en 2017 à 97 € en 2018, soit une progression de 12,2 % en un an. Parallèlement, le coût moyen pour les soins de ville hors dentaire est resté quasi stable à 216 €, avec une évolution de -0,2 %.

Le montant moyen pour les soins hospitaliers est de 102 €, en progression de 2,1 % par rapport à 2017. L'augmentation tarifaire du forfait journalier hospitalier au 1^{er} janvier 2018 est à l'origine de cette augmentation. En effet, le montant moyen pour les soins à hauteur de 76 €, n'a progressé que de 0,9 %, alors que le montant moyen pour les forfaits journaliers s'est élevé de 5,9 % pour s'établir à 26 €.

Coût unitaire en ACM* au 31/12/2018

Régime	CNAM	CNDSSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	316 €	286 €	272 €	313 €
Hôpital	105 €	65 €	83 €	102 €
Total	422 €	351 €	356 €	415 €

Évolution coût unitaire

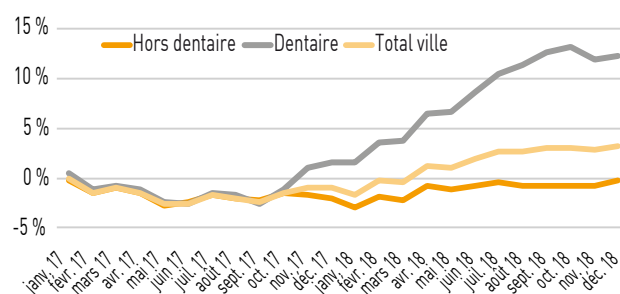
Régime	CNAM	CNDSSTI	CCMSA	Ensemble
Ville	3,2 %	5,4 %	1,7 %	3,3 %
Hôpital	2,0 %	5,6 %	7,7 %	2,1 %
Total	2,9 %	5,4 %	3,0 %	3,0 %

Données provisoires pour les effectifs

Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des bénéficiaires des trois régimes dont la CMU-C est gérée par le régime obligatoire (5,04 millions de bénéficiaires)

*ACM : année complète mobile

Évolution des coûts moyens pour les soins de ville, les soins de ville hors dentaire, les soins dentaires



Champ : ensemble du territoire

Source : Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et SLM, Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSTI), Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

L'ACS en chiffres

■ 1,27 million de personnes protégées par un contrat ACS à fin 2018

Au cours de l'année 2018, 1,65 million de personnes ont obtenu une attestation ACS. Les effectifs ont augmenté de 4,7 % par rapport à 2017. La croissance se poursuit tout en ralentissant par rapport aux deux années précédentes (+8 %). Ces hausses soutenues étaient liées à la mise en place de la réforme de juillet 2015 et aux campagnes de promotion qui l'avaient accompagnée.

Le nombre de personnes couvertes par un contrat ACS A, B ou C s'établit à près de 1,27 million à fin décembre 2018 (stock). Il a augmenté de 5,5 % sur une année. Comme le nombre d'attestations, la souscription à un contrat ACS décélère, en particulier en référence à 2017 et au début de l'année 2018, périodes sur lesquelles la progression était de 8 % en moyenne.

L'évolution à un rythme comparable entre la délivrance des attestations et leur utilisation conduit à une stabilité du taux d'utilisation qui oscille entre 76 % et 77 %.

La répartition des personnes protégées par type de contrat est stable dans le temps : le contrat C reste prédominant puisqu'il regroupe à lui seul 40 % des utilisateurs. Plus des trois quarts des personnes sont couvertes par un contrat de niveau supérieur (contrat C) et / ou intermédiaire (contrat B).

Nombre de personnes protégées par un contrat ACS

	Stocks fin de mois	Évolution en glissement annuel (M/M-12)	Évolution mensuelle du stock	Taux d'utilisation des attestations
2017 déc	1 199 539	7,5 %	2 045	75,8 %
2018 janv	1 195 479	8,2 %	-4 060	75,7 %
2018 févr	1 205 422	8,3 %	9 943	76,2 %
2018 mars	1 215 397	7,7 %	9 975	76,5 %
2018 avr	1 220 341	7,1 %	4 944	77,1 %
2018 mai	1 228 109	7,0 %	7 768	76,6 %
2018 juin	1 236 198	7,2 %	8 089	77,0 %
2018 juil	1 243 959	6,9 %	7 761	77,2 %
2018 août	1 245 306	6,2 %	1 347	76,7 %
2018 sept	1 245 101	5,5 %	-205	76,6 %
2018 oct	1 256 405	5,8 %	11 304	77,0 %
2018 nov	1 264 117	5,6 %	7 712	76,8 %

Champ : tous bénéficiaires d'une attestation ACS et toutes personnes protégées par un contrat ACS hors contrats de sortie ACS

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS

Fréquence OC

■ Gestion de la nouvelle CMU-C au 1^{er} novembre 2019

L'extension de la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS interviendra au 1^{er} novembre 2019. A compter de cette date, la CMU-C pourra être attribuée à ces assurés sous réserve d'une participation financière qui sera fonction de leur âge. Afin de proposer une information actuelle et complète, le Fonds CMU-C a mis en ligne une foire aux questions (FAQ) à destination des assurés et de l'ensemble des acteurs du système de santé, qui sera mise à jour au fur et à mesure de la publication des textes réglementaires : <http://www.cmu.fr/faqreformecmuc.php>.

Dans le contexte de cette réforme, les modalités d'inscription sur la liste des organismes complémentaires (OC) habilités à gérer la CMU-C sont modifiées.

Les OC souhaitant participer à la gestion de la nouvelle CMU-C (qui comprend la CMU-C sans participation financière et la CMU-C avec participation financière) devront s'inscrire auprès du Fonds CMU-C, en remplissant la déclaration de participation au dispositif qui sera disponible courant avril sur le site internet du fonds. Cette démarche concerne également les OC déjà inscrits sur la liste 2019 des organismes habilités à gérer la CMU-C.

La date limite d'inscription est fixée au 30 juin 2019. La liste prendra effet au 1^{er} novembre 2019, pour une période de quatorze mois, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2021. Sauf demande de retrait formulée par l'OC, l'inscription se renouvellera ensuite automatiquement par période de douze mois.

■ Assiette de la TSA en hausse modérée en 2018 par rapport à 2017 : + 1,0 % d'évolution

Selon les données disponibles au 16 février 2019, l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) s'élève à 37,4 milliards d'euros en 2018, en hausse de 1 % par rapport à 2017 (+ 386 millions d'euros). La hausse était de 1,3 % en 2017.

Du fait de la concentration du marché, les évolutions de l'assiette résultent d'un faible nombre d'organismes complémentaires. Les cinq organismes enregistrant les plus fortes baisses (hors organismes disparus en 2018) représentent ainsi 47 % du montant total des baisses. Les hausses sont également concentrées sur un faible nombre d'organismes.

Au sein des huit assiettes constitutives de la TSA, les garanties classiques solidaires et responsables représentent 90 % de l'assiette totale. Elles progressent de 1,1 % sur l'année.

Le produit de TSA s'élève à 4,95 milliards d'euros en hausse de 1,5 % par rapport à 2017 (+ 72 millions d'euros).

Assiette de la TSA en 2018 : évolutions par rapport à 2017

Montants en millions d'euros

	Contrats classiques resp.	Contrats classiques non resp.	Contrats 1 ^{er} art. C998CGI	Contrats agriculteurs resp.	Contrats agriculteurs non resp.	Contrats au 1 ^{er} euro	Contrats IJ resp.	Contrats IJ non resp.	Totale assiette TSA
2017	33 172	1 263	255	1 061	16	131	586	509	36 992
2018	33 538	1 399	229	1 043	16	145	444	564	37 378
Répartition 2018	89,7 %	3,7 %	0,6 %	2,8 %	0,0 %	0,4 %	1,2 %	1,5 %	100,0 %
Évol. 2018 / 2017 (montants)	366	136	-26	-18	1	14	-142	55	386
Évol. 2018 / 2017 (%)	1,1 %	10,8 %	-10,2 %	-1,7 %	5,6 %	10,6 %	-24,2 %	10,8 %	1,0 %

Champ : tous redevables de la TSA ayant déclaré une assiette en 2018

Source : télédéclarations des OC - Situation arrêtée au 16/02/2019. Données issues du tableau récapitulatif annuel (TR) pour 2017 et des 4 trimestres initiaux pour 2018

Études et Rapports**■ Rapport 2018 sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire en 2017**

La dépense relative à la part complémentaire des frais de santé des bénéficiaires de la CMU-C est évaluée à 2,2 milliards d'euros en 2017, pour une moyenne annuelle de 5,48 millions de personnes couvertes. Les effectifs sont stables entre 2016 et 2017 (0,1 %) ; la dépense est en baisse de 1,7 %. Sur ces bases, le coût moyen unitaire annuel serait de 400 € en 2017, en diminution de 1,6 % par rapport à 2016. La CNAM, la CNDSSSTI et la CCMSA ont géré les droits de 4,89 millions de bénéficiaires de la CMU-C, pour un montant total de dépense de 1,97 milliards d'euros. Le régime général affiche le coût moyen le plus élevé, de 410 €, le régime des indépendants et le régime agricole ont des coûts moyens plus rapprochés, respectivement de 333 € et de 345 €. Les sept régimes spéciaux impliqués dans la gestion de la CMU-C rassemblent 9 100 bénéficiaires, pour une dépense totale de 2,77 millions d'euros. Le coût moyen est de 305 €, mais avec des montants par régime se situant entre 150 € pour la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et 453 € pour l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM). Enfin, les organismes complémentaires ont géré 10,5 % des effectifs de la CMU-C, pour un montant total estimé à 219 millions d'euros, avec un coût moyen évalué à 379 €.

Le Fonds CMU-C a opéré un suivi des dépenses avec la collaboration de douze caisses locales d'assurance maladie du régime général. En 2017, l'échantillon rassemble 13,4 millions de personnes couvertes par le régime général de l'assurance maladie obligatoire dont 8,8 millions couvertes par un organisme complémentaire, 1,8 million de bénéficiaires

de la CMU-C et 308 250 personnes couvertes par un contrat souscrit avec l'ACS. Ces derniers représentent respectivement 35 % et 25 % du total des personnes protégées par la CMU-C ou un contrat ACS. La dépense remboursable moyenne¹ des bénéficiaires de la CMU-C est similaire à celle des personnes couvertes par une mutuelle. Pour les soins de ville, les plus grands écarts en termes de dépense sont davantage liés au bénéficiaire ou non d'une affection de longue durée (ALD) qu'au type de complémentaire santé. S'agissant des médicaments, des consultations de généralistes et des soins dentaires, les bénéficiaires adultes de la CMU-C ont néanmoins des montants moyens de dépense supérieurs à ceux des bénéficiaires d'une couverture complémentaire classique.

Enfin, le Fonds CMU-C a opéré un rapprochement entre la CMU-C et la consommation de soins et biens médicaux en population générale sur une longue période, de 2005 à 2016. Les soins de ville constituent le premier poste financé par la CMU-C, avec les trois quarts de la dépense (un quart pour l'hôpital). Cette répartition entre soins de ville et hôpital est restée stable de 2005 à 2016. *A contrario*, pour l'assurance maladie de base, les soins hospitaliers occupent la première place, avec 55 % de la dépense totale (proportion régulière sur la période étudiée). Pour la part complémentaire, les changements sur les onze dernières années portent sur la baisse générale de la part des médicaments, l'augmentation du poids des soins dentaires pour la CMU-C (soins courants et soins prothétiques), et l'augmentation de la part des dispositifs médicaux pour la seule population générale.

¹ Part régime obligatoire et ticket modérateur, hors dépassements.

Textes à la une**■ Montant du forfait annuel de la CMU-C**

L'arrêté du 21 décembre 2018, publié au Journal officiel (JO) du 23 décembre 2018, fixe à 401 € le forfait annuel maximum de remboursement des dépenses de CMU-C pour 2019.

■ Revalorisation des plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS au 1^{er} avril 2019

L'arrêté du 20 mars 2019 a été publié au JO du 23 mars 2019. À compter du 1^{er} avril 2019, le plafond annuel d'attribution de la CMU-C est fixé à 8 951 € pour une personne seule en métropole. Pour l'ACS, il est de 12 084 € pour une personne seule. Dans les DOM, pour une personne seule, les plafonds d'attribution sont majorés de 11,3 %.

■ Nouveau panier de soins prothétiques dentaires pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

L'avenant n°2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes fixe les dépassements maximums que peuvent facturer les chirurgiens-dentistes aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, en sus du tarif de responsabilité. Un arrêté fixe en outre les forfaits de prise en charge par la CMU-C, qui correspondent à la différence entre les tarifs de responsabilité et les plafonds. Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le panier de soins est donc intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la CMU-C. Pour les bénéficiaires de l'ACS, les plafonds s'appliquent mais la prise en charge dépend du contrat choisi (A, B, C). Ils peuvent donc avoir des restes à charge sur ces soins. Le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C sera étendue aux personnes éligibles à l'ACS, en contrepartie d'une

participation financière. Pour les bénéficiaires de cette nouvelle CMU-C, il n'y aura plus de reste à charge sur le panier de soins dentaires.

La réforme du "100 % Santé" a donné lieu à la création d'un panier de soins prothétiques dentaires sans reste à charge pour l'ensemble de la population mais a aussi eu un impact sur la nomenclature, qui a été revue dans le cadre de la nouvelle convention nationale des chirurgiens-dentistes. Le panier de soins CMU-C et ACS est modifié pour intégrer les changements de nomenclature. Il est en outre élargi pour comporter tous les actes du panier de soins "100 % Santé". Le nouveau panier de soins prothétiques dentaires CMU-C et ACS est ainsi entré en vigueur au 1^{er} avril 2019. Il comporte douze actes nouveaux, des tarifs plafonds plus élevés pour quarante-neuf actes, une baisse des tarifs plafonds pour vingt actes et le maintien en l'état de quarante actes. Pour les actes nouveaux, la couronne provisoire entre dans la nomenclature en tant qu'acte remboursable sur la base de 10 € et elle est prise en charge par la CMU-C à concurrence de 40 € (tarif de responsabilité de sécurité sociale 10 € + forfait CMU-C 30 €). Les couronnes en zircon sont également introduites au titre du forfait CMU-C, de 292,50 € pour la couronne en zircon et jusqu'à 634,50 € pour la prothèse amovible de transition bimaxillaire complète à plaque base résine. Les prothèses amovibles de transition de moins de neuf dents font l'objet de revalorisations élevées du forfait CMU-C. Les autres revalorisations et les baisses du forfait CMU-C visent essentiellement à rééquilibrer la prise en charge des réparations. Les deux types d'inlay core (avec ou sans clavette) sont fusionnés, avec un montant de 90 € du tarif de responsabilité et une prise en charge de 40 € au titre du forfait CMU-C.

Pour plus d'informations : www.cmu.fr

Références - Lettre d'information éditée par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
 Adresse : Fonds CMU - Tour ONYX - 10, rue Vandrezanne - 75013 PARIS - Téléphone : 01.58.10.11.90 - Fax : 01.58.10.11.99 -
 Courriel : accueil@fonds-cmu.gouv.fr - Site : www.cmu.fr - Directrice de la publication : Marianne Cornu-Pauchet -
 Réalisation et impression : Ateliers J. HIVER - 156, rue Oberkampf - 75011 PARIS - ISSN : 1623-4936 - Dépôt légal : Avril 2019