

L'accès à la complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources : la CMU-C et l'ACS.

Par **Raphaëlle VERNIOLLE**, *Directrice adjointe du Fonds de financement de la CMU*



Raphaëlle VERNIOLLE est directrice adjointe du Fonds de financement de la CMU depuis 2010. Juriste de formation, elle a débuté son parcours professionnel au sein de la caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, avant de rejoindre la CNAMTS en 2004.

Introduction

La couverture complémentaire, comme son nom l'indique, joue principalement un rôle de co-payeur en prenant en charge la partie de la dépense de soins et de biens médicaux non remboursée par l'assurance maladie obligatoire. Elle permet donc de réduire les restes à charge des assurés. En effet, comme l'a très bien décrit Monsieur Jean-François Chadelat dans son article, la solidarité entre les bien-portants et les malades ne s'est jamais traduite par la gratuité des soins. La mise en œuvre de cette solidarité n'est donc pas incompatible avec un certain niveau de frais, tant que ce reste-à-charge n'est pas à l'origine d'un renoncement à des soins nécessaires. C'est pourquoi notre système de solidarité est complété, depuis l'origine, par une mutualisation assurantielle aux règles de financement et de prises en charge distinctes. Cette assurance est souscrite individuellement ou collectivement auprès d'organismes complémentaires et propose des garanties variables selon les besoins ou les contraintes financières de chacun.

Neuf personnes sur dix disposent aujourd'hui d'une couverture maladie complémentaire contre sept sur dix en 1981. Les plus pauvres restent moins couverts, ce qui n'est pas sans lien avec le recours aux soins puisque les individus non couverts sont deux fois plus nombreux à ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois. La loi du 27 juillet 1999 a instauré un dispositif public de couverture santé gratuite sous condition de ressources : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) destinée aux foyers à très bas revenus. La CMU-C a contribué à hauteur de cinq points à l'augmentation de la part de la population couverte par une complémentaire santé entre 1999 et 2000 et procure des prestations de très bonne qualité, ainsi que d'autres avantages destinés à faciliter l'accès aux soins (respect des tarifs opposables, dispense totale d'avance des frais). La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a instauré une aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) pour les ménages disposant de faibles ressources et qui ne peuvent être bénéficiaires ni de la CMU-C, ni d'une protection obligatoire d'entreprise.

La CMU-C et l'ACS devaient en principe assurer une couverture à l'ensemble de la population ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé. La réalité est plus complexe et ces dispositifs souffrent d'un non recours important (un tiers des bénéficiaires potentiels de la CMU-C et plus des deux tiers



des bénéficiaires potentiels de l'ACS n'y recourent pas en 2014). Au total, ce sont plus de trois millions de personnes qui n'auraient pas fait valoir leurs droits aux dispositifs. La généralisation de la complémentaire santé se trouve ainsi au cœur de la stratégie nationale de santé énoncée par le gouvernement le 23 septembre 2013, à côté de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

Les Comptes nationaux de la santé 2014

Les Comptes nationaux de la santé produits chaque année par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), donnent une évaluation du montant total des soins et des biens médicaux consommés en France et permettent ainsi l'analyse de leur évolution.

Les organismes complémentaires (OC) financent environ 13,5 % de la consommation de soins en 2014, soit 25,7 milliards d'euros de prestations en soins et biens médicaux. Leur intervention est particulièrement importante en matière de soins délivrés en ville et de produits de santé : 10,8 milliards d'euros concernent les soins ambulatoires (dont 4,0 milliards d'euros sur les honoraires de médecins et 4,1 milliards d'euros sur les soins dentaires), 6,6 milliards d'euros les médicaments et 5,4 milliards d'euros les autres biens médicaux de la liste des produits et prestations, ce dernier poste étant celui où les OC interviennent proportionnellement le plus et connaissant la progression la plus vive.

La part des mutuelles, institutions de prévoyance et des sociétés d'assurances dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) augmente de 0,7 point entre 2006 et 2014. Néanmoins, la répartition par type d'organisme se modifie. La part des mutuelles se réduit de 7,7 % en 2006 à 7,2 % en 2014. À l'inverse, les autres OC voient leur part augmenter : les sociétés d'assurance passent de 2,9 % en 2006 à 3,7 % en 2014 et les institutions de prévoyance de 2,3 % en 2006 à 2,7 % en 2014.

Jusqu'à la création des contrats solidaires et responsables, et la multiplication des participations forfaitaires non remboursables par l'assurance complémentaire, les mesures d'économie des régimes obligatoires avaient pour conséquence quasiment mécanique d'être prises en charge par la couverture complémentaire en laissant un reste à charge pour les assurés. Le reste-à-charge des ménages est évalué à 16,2 milliards d'euros pour l'année 2014, soit 8,5 % de la CSBM. Il a légèrement progressé entre 2006 et 2008, où il atteignait 9,3 % de la CSBM. Il diminue depuis, et s'est notamment établi à 8,9 % en 2012, 8,7 % en 2013 et atteint 8,5 % en 2014.

En écho à ces chiffres, six Français sur dix jugent trop élevées les dépenses de soins restant à leur charge. Ce sentiment se révèle d'autant plus fort chez les sondés à la santé fragile ou sans complémentaire santé, ou disposant de faibles ressources (Baromètre d'opinion, janvier 2016, DREES).

Une absence de complémentaire santé qui concerne d'abord les populations vulnérables

Selon l'Enquête santé et protection sociale 2012, 89 % des personnes de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire déclarent bénéficier d'un contrat de complémentaire santé privé (avec ou non le bénéfice de l'ACS) et 6 % de la CMU-C. Si la

couverture complémentaire santé s'est largement diffusée dans l'ensemble de la population, elle reste fortement corrélée au niveau de vie. Les plus pauvres restent les moins bien couverts. Or, malgré le rôle prépondérant de l'Assurance maladie obligatoire dans le financement des dépenses de santé (76,6 % en moyenne en 2014), l'accès aux soins est largement dépendant de la possession d'un contrat de couverture complémentaire santé et de sa qualité.

En 2012, 14 % des chômeurs ne disposent pas de complémentaire santé ainsi que 11 % des personnes dans le 1^{er} quintile de revenu. Parmi les bénéficiaires des minima sociaux, 11 % déclarent ne pas être couverts par une complémentaire santé alors que 42 % des allocataires sont couverts par une complémentaire santé hors CMU-C et 47 % ont la CMU-C.

L'accès à une couverture complémentaire santé n'est pas également réparti entre les différents minima sociaux. Les bénéficiaires du RSA sont en grande majorité couverts par une complémentaire santé, tandis que plus d'un bénéficiaire du minimum vieillesse (ASPA ou ASV) sur cinq se déclare sans couverture complémentaire santé.

S'agissant de la situation des étudiants, les résultats d'une étude réalisée en 2014 par l'ODENORE (l'Observatoire du non-recours aux droits et services) à la demande du Fonds CMU-C, indiquent que 15,3 % des étudiants n'ont pas de complémentaire santé. Parmi ceux-ci, 22,1 % pourraient probablement bénéficier de la CMU-C comme ouvrants-droit, dans la mesure où ils semblent remplir l'ensemble des conditions d'éligibilité. Plus de la moitié des étudiants éligibles à la CMU-C sont sans complémentaire santé au moment de l'enquête (53,8 %) et plus du tiers en ont une à titre personnel (34,5 %).

La présentation générale des dispositifs

La couverture complémentaire a été étendue avec la mise en place, en 2000, de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis, en 2005, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes ayant des ressources légèrement supérieures au plafond de ressources de la CMU-C (aujourd'hui, jusqu'à 35 % supérieurs).

Au moment de l'entrée en vigueur de la loi du 27 juillet 1999, le plafond de ressources de la CMU-C a été fixé à 50 % du revenu médian, soit le seuil de pauvreté défini par l'INSEE. La conséquence qui en découlait était que les bénéficiaires de certains minima sociaux et en particulier, les personnes percevant le minimum vieillesse, se trouvaient exclues de la CMU-C de fait et de droit. Ainsi concrètement, la CMU-C n'est que rarement attribuée à des personnes âgées. Il en est de même pour les personnes qui perçoivent l'AAH.

Trouver une réponse à la question de l'effet de seuil, n'était pas chose aisée. La réponse, ou tout au moins un bon début de réponse fut apporté par la loi du 13 août 2004. Celle-ci créa le bien mal nommé « *crédit d'impôt* » rebaptisé aujourd'hui en « *aide au paiement d'une complémentaire santé* ». L'ACS ne supprime pas l'effet de seuil, mais elle atténue sensiblement ses effets. Très fréquemment, l'ACS est octroyée à des personnes venues réclamer le bénéfice de la CMU-C, mais qui se la voient refuser pour avoir franchi le plafond de ressources.

La CMU-C : la couverture maladie universelle complémentaire

La loi du 27 juillet 1999 créant la couverture maladie universelle, a mis en œuvre la CMU-C, qui offre à ses bénéficiaires une assurance complémentaire santé gratuite. La CMU-C permet la prise en charge de la part complémentaire des frais de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens



médicaux...) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux. Pour faciliter leur accès aux soins, les bénéficiaires ont droit à la dispense d'avance des frais. De plus, les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient. Le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales.

L'attribution de la CMU C est soumise à plusieurs conditions : résider en France de manière stable et régulière et disposer de ressources inférieures à un plafond¹. Au 1^{er} avril 2016, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 653 €. Il est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer (DOM) depuis le 1^{er} juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 9 631 € pour une personne seule². Pour le calcul du droit à la CMU-C, l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande est pris en compte.

La CMU-C est gérée soit par l'organisme d'assurance maladie qui est en charge de la protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé qui s'est inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU complémentaire³. À l'expiration de leurs droits, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé, dont le tarif est réglementé (370 € hors taxes par an en 2016, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU-C, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins⁴.

Le bénéfice de la CMU-C peut ouvrir droit aux tarifs sociaux⁵ de l'énergie et à des réductions sur les abonnements de transport.

Selon les derniers éléments communiqués par la DREES, la population éligible à la CMU-C en 2014 se situe dans une fourchette allant de 5,8 à 7 millions de personnes. Le taux de recours augmente légèrement : il se situe entre 64 % et 77 % en 2014, alors qu'il était compris entre 62 % et 74 % en 2013.

À fin décembre 2015, les effectifs de la CMU-C sont estimés à près de 5,4 millions de bénéficiaires, pour l'ensemble des régimes et du territoire. La progression est de 3,5 % sur un an, dont 4,1 % en métropole et une baisse de 0,3 % dans les DOM. L'ensemble des régimes est en progression en 2015, mais le nombre de bénéficiaires dont les droits sont gérés par les OC, est en baisse de 5,6 %.

Le régime général compte 90 % des effectifs de la CMU-C, le régime des indépendants 6 %, le régime agricole 2,5 % et les sections locales mutualistes (SLM) un peu plus de 1 %. La répartition entre les régimes est stable.

1 Article L.322-4 du code de la sécurité sociale.

2 Les dispositifs de la CMU-C et ACS ne sont pas applicables à Mayotte.

3 Article L.861-4 du code de la sécurité sociale.

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

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

Les bénéficiaires de la CMU-C représentent 8 % de la population pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), dont 7 % en métropole et 32 % dans les DOM. Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud-Est et la région parisienne. Les départements de la Bretagne, du Massif central et de l'Est présentent les plus faibles taux. Dans les DOM, les taux de bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population se situent entre 24 % pour la Martinique et 38 % pour la Guyane.

La dépense totale pour la part CMU-C en 2015 est estimée à 2 183 millions d'euros, elle augmente de 3,9 % en un an. Elle progresse un peu moins vite que les effectifs moyens (4,4 %). On constate donc une légère baisse du coût moyen de 0,4 %, pour l'ensemble de la part CMU-C, gérée par les régimes et les OC.

La dépense totale du régime général (métropole et Dom) est de 1 795 millions d'euros (+ 5 % par rapport à 2014) et les effectifs moyens de 4,2 millions (CNAMTS + SLM, progression de 5,7 %). Le coût moyen de 424 € est en baisse de 0,7 %. Il tend à se stabiliser en 2015, du moins pour la dépense de ville.

La dépense totale du régime des indépendants est de 89 millions d'euros (évolution de + 9,4 %) et les effectifs moyens sont estimés à 271 600 (+ 7,8 %), soit un coût moyen de 327 €, en hausse de 1,5 %.

Au sein du régime agricole, la dépense totale pour 2015 est de 38 millions d'euros (évolution de + 10 %) et les effectifs moyens sont estimés à 107 700 (+ 12,2 %), pour un coût moyen de 352 €, en baisse de 1,9 %.

Pour les OC, le coût moyen pour 2015 est estimé à 376 €.

L'ACS : l'aide au paiement d'une complémentaire santé

L'ACS consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé. Instituée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et visant à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire, l'ACS est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Plus de dix ans plus tard, ce dispositif a connu de nombreuses évolutions qui en font aujourd'hui un outil majeur pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Pour accéder à l'ACS, les ressources du demandeur doivent être comprises entre le plafond d'attribution de la CMU-C et ce même plafond majoré. Initialement, le plafond d'attribution de l'ACS se situait à + 15 % du plafond de la CMU-C. Aujourd'hui, cette majoration est de + 35 %.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, en application de l'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, l'ACS est réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence. Actuellement, onze groupements d'organismes complémentaires proposent des contrats éligibles à l'ACS (représentant les deux tiers des OC).

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 550 € pour celles de 60 ans et plus.

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

Cette aide réduit en moyenne de moitié et dans certains cas, prend totalement en charge le montant de la cotisation annuelle⁶.

⁶ Article L.863-1 du code de la sécurité sociale.



Pour bénéficier de l'ACS, il faut remplir plusieurs conditions : résider de façon stable et régulière en France, dans les mêmes conditions que celles exigées pour le bénéfice de la CMU-C ; avoir des ressources inférieures à un plafond (correspondant au plafond CMU-C majoré de 35 %) variant en fonction de la composition du foyer.

Au 1^{er} avril 2016, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 682 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les Dom depuis le 1^{er} juillet 2007 (10,8 % auparavant), soit 13 002 € pour une personne seule. Les ressources sont étudiées selon les mêmes modalités que pour l'octroi de la CMU-C.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, le droit à l'ACS est renouvelé automatiquement pour les personnes qui bénéficient de l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n°2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse⁷.

Selon les dernières données disponibles de la DREES, le nombre de personnes éligibles à ce dispositif varie entre 3,2 et 4,6 millions de personnes en 2014. Il convient de retirer une proportion de 21 % à ces bornes, pour les personnes qui ne sont pas éligibles parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire, soit des fourchettes corrigées de 2,5 à 3,6 millions pour 2014 (2,4 à 3,4 millions en 2013). En 2014, le taux de recours à l'ACS s'établit entre 30 % et 43 %.

Au 31 décembre 2015, 1,35 millions de personnes ont bénéficié d'une attestation ACS, soit une évolution de + 12,6 % par rapport à 2014 (+ 3,9 % entre 2013 et 2014). En métropole, au régime général, les bénéficiaires de l'ACS représentent 1,8 % de la population et ils atteignent 4,8 % dans les DOM. Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud et une partie du Centre.

À fin octobre 2015, 983 000 personnes ont utilisé leur attestation ACS auprès d'un OC. Ce chiffre est en hausse de 4 % en une année. Le taux d'utilisation se situe un peu en dessous de 80 %.

Le coût global de l'ACS en 2015 s'est élevé à 287 millions d'euros (275 millions d'euros en 2014). Il est en hausse de 4,4 %. Le montant moyen annuel de la déduction ACS s'établit à 309 € en 2015.

L'impact de la revalorisation du plafond de ressources pour la CMU-C et l'ACS

En application de la mesure annoncée dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, les plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS ont été relevés de 8,3 % (dont 7 % de revalorisation exceptionnelle) à compter du 1^{er} juillet 2013, dans le but de faciliter l'accès aux droits et aux soins pour les personnes les plus démunies.

Grâce à cette mesure, le plafond de l'ACS se situe presque au même niveau que le seuil de pauvreté (seuil de pauvreté estimé par l'INSEE pour 2011 à 60 % du revenu

⁷ Article L.863-3 du code de la sécurité sociale

médian, pour une personne en métropole) et le plafond de la CMU-C a été remplacé à 73,3 %, soit au même niveau qu'en 2000. En effet, ce mode de revalorisation du plafond, indexé sur les prix, avait provoqué une lente érosion par rapport au seuil de pauvreté.

Le plein effet de la mesure était attendu pour la fin 2014 pour la CMU-C, avec 300 000 attributions et pour la fin du premier semestre 2016 pour l'ACS, avec 370 000 attestations, soit 300 000 utilisations d'attestation. Fin 2014, l'objectif pour la CMU-C était légèrement dépassé, avec plus de 309 000 attributions⁸ cumulées depuis le mois de juillet 2013.

Pour l'ACS, l'objectif des 370 000 délivrances d'attestation et de 300 000 utilisations, fixé pour la fin du premier semestre 2016, a été atteint dès le mois de juillet 2015. Le total d'attestations depuis le début de la mesure est de presque 479 000, soit 383 000 utilisations d'attestation.

La mesure de revalorisation des plafonds est arrivée en fin de montée en charge pour les deux prestations CMU-C et ACS, mais elle continue d'influencer l'évolution des effectifs des deux prestations. En 2015, pour le total des trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), 4,9 % des attributions de CMU-C et 16,6 % des attributions de l'ACS concernent des personnes dont les revenus se situent dans les tranches de revenus se rapportant au relèvement exceptionnel du plafond.

L'état de santé et la consommation des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

La CNAMTS, dans son rapport « *Charges et produits 2016* » (Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 – Juillet 2015) a apporté des éléments sur l'état de santé et la dépense remboursable des bénéficiaires de la CMU-C. La prévalence des maladies chroniques, telle qu'on peut la repérer à partir de la cartographie des pathologies, est comparée entre les bénéficiaires de la CMU-C et la population générale. La comparaison porte sur l'année 2012. Elle est centrée sur les personnes de moins de 60 ans, car les plus âgés sont très peu nombreux parmi les bénéficiaires de la CMU-C. Les 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C⁹ (9,7 %) sont comparés au reste de la population du régime général, soit 40,2 millions de personnes, hors ACS.

L'analyse des pathologies traitées montre que la fréquence des pathologies chroniques est plus élevée dans la population des bénéficiaires de la CMU-C que dans la population générale (hors ACS). À structure démographique identique, la fréquence des maladies psychiatriques (52,9 / 1 000) est 2,4 fois supérieure à celle observée pour la population du régime général, celle du diabète (42,4 / 1 000) l'est 2,2 fois et celle des maladies du foie ou du pancréas (15,2 / 1 000) 2,9 fois. Bien que la fréquence du VIH ou Sida soit plus faible (4,9 / 1 000), elle est 2,5 fois plus élevée que pour la population du régime général.

Sur la base des dépenses remboursables, d'une manière cohérente avec le constat des prévalences de pathologies supérieures à la moyenne, le montant moyen par consommant est supérieur pour les bénéficiaires de la CMU-C, aussi bien pour la ville que pour l'hôpital. Pour la ville, il est de 993 €, 1,4 fois supérieur à celui du régime général (729 €) et pour l'hôpital, il est de 3 055 €, soit 1,7 fois de plus qu'au régime général (1 746 €).

⁸ Une attribution peut être soit une primo-attribution (la personne ne bénéficiait pas de la prestation avant la décision d'attribution) soit un renouvellement (la personne bénéficie déjà de la même prestation au jour de la décision d'attribution).

Il n'y a renouvellement qu'à partir du moment où il y a continuité dans le bénéfice de la prestation. S'il y a eu une interruption dans le bénéfice de la prestation, il s'agit d'une nouvelle attribution.

⁹ Les personnes ayant eu des droits à la fois au titre de la CMU C et de l'ACS au cours de l'année ont été exclues de l'étude.



Le même rapport « *Charges et produits 2016* » de la CNAMTS permet, pour la première fois, de dresser un portrait de la population ACS en termes d'état de santé et de recours aux soins. L'étude porte également sur l'année 2012 et compare, pour les personnes âgées de moins de 60 ans, la situation des bénéficiaires de l'ACS (732 000 personnes, 1,6 % de la population) avec celle des 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C (9,7 %) et du reste de la population du régime général, soit 40,2 millions de personnes (88,7 %). Pour ce faire, les données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) ont été enrichies de l'information relative au bénéfice de l'ACS¹⁰.

Les bénéficiaires de l'ACS sont plus souvent pris en charge par une ALD (Affection de Longue Durée) (24 % après ajustement sur l'âge et le sexe) que ceux de la CMU-C (11 %) et que surtout, du reste de la population (8 %). Aussi, à structure de population identique, la fréquence des grandes catégories de pathologies est toujours plus élevée dans la population ACS que dans la population générale : 6,2 fois plus élevée pour les maladies psychiatriques, 2,4 fois plus élevée pour le diabète. Cela vaut également si on la compare avec la population CMU-C, même si les écarts sont alors nettement plus faibles : 2,5 fois plus élevée pour les maladies psychiatriques, 1,1 pour le diabète.

On pourrait supposer que la sur-morbidité constatée pourrait découler d'un « effet de sélection ». Toutefois, l'étude montre que la fréquence plus élevée des pathologies au sein de l'ACS se concentre sur les personnes titulaires de l'AAH ou d'une prestation d'invalidité « versées en raison d'un état de santé dégradé ». En excluant ces deux populations, les écarts entre population ACS et CMU-C tendent à disparaître, voire même s'inversent dans certains cas.

Les dépenses annuelles moyennes remboursables par bénéficiaire sont très supérieures dans le cas de l'ACS : 4 800 euros par an, contre 2 460 euros pour les bénéficiaires de la CMU-C et 1 740 euros pour le reste de la population couverte par le régime général. Pour les soins de ville, l'écart est de 35 % par rapport à la CMU-C et de 84 % par rapport au reste de la population. En hospitalisation, il est respectivement de 114 % et de 376 %. Les écarts proviennent surtout de l'hospitalisation des bénéficiaires de l'AAH et de pensions d'invalidité, avec de très fortes dépenses en service de psychiatrie : 1 900 euros en moyenne par bénéficiaire de l'ACS versus 232 euros, si au sein de l'ACS, on retranche les bénéficiaires de ces deux dispositifs. L'étude souligne en revanche que pour la population ACS « hors AAH et pensions d'invalidité », dont l'état de santé est proche de celui de la CMU-C, les dépenses sont inférieures à la CMU-C (1 899 euros versus 2 461 euros), et proches du reste de la population (1 742 euros).

Selon les estimations de la CNAMTS, la dépense totale d'un bénéficiaire de l'ACS couvert par une complémentaire s'élève en moyenne à 5 900 euros, pris en charge à hauteur de 91 % par l'Assurance Maladie (5 401 euros). Ce taux très élevé est cohérent avec la proportion importante de personnes en ALD dans cette population. Les 9 % restant se répartissent entre assureurs complémentaires (7 % et 410 euros) et reste-à-charge final pour les personnes (2 % et 115 euros). Le reste-à-charge moyen final recouvre néanmoins de fortes disparités.

Les restes-à-charge sont surtout élevés pour les soins prothétiques dentaires, les appareils de surdité même si les taux de recours sont faibles sur ces postes. La CNAMTS rappelle qu'ils sont la conséquence de faibles niveaux de garantie des contrats couvrant les bénéficiaires de l'ACS.

¹⁰ Les personnes ayant eu des droits à la fois au titre de la CMU C et de l'ACS au cours de l'année ont été exclues de l'étude.

En 2012, les bénéficiaires auraient consacré 7 % de leurs ressources pour se soigner en l'absence de couverture complémentaire. Pour la même consommation, sans ACS mais avec une complémentaire santé, le taux d'effort grimpe à 9,4 % (le ratio Sinistres/Primes est estimé à 70 %). Grâce à l'aide, le taux d'effort descend à 5 %, à 4,1 % pour ceux qui bénéficient des aides complémentaires versées par les caisses sur leurs fonds d'Action sociale. Les résultats de l'étude montrent donc que l'ACS est d'autant plus nécessaire que les populations concernées sont atteintes de pathologies lourdes et chroniques.

La DREES a également étudié les effets de la CMU-C sur le recours aux soins, à partir de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) appariée aux données de consommations de soins du SNIIRAM en 2012. Cette étude confirme que les bénéficiaires de la CMU-C ont un état de santé plus dégradé que le reste de la population. En tenant compte des écarts d'état de santé et des caractéristiques socio-économiques, les bénéficiaires de la CMU-C ont une probabilité plus forte de recourir aux soins que les personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire. La probabilité de recourir aux soins, toutes choses égales par ailleurs, s'accroît dans les mêmes proportions que pour les personnes couvertes par des complémentaires santé classiques.

Lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, à état de santé équivalent, sauf pour les dépenses de généralistes, qui sont plus élevées. Malgré l'opposabilité des tarifs interdisant aux médecins la pratique des dépassements d'honoraires, pratique plus répandue chez les médecins spécialistes, les bénéficiaires de la CMU-C privilégient le recours aux médecins généralistes plutôt qu'aux médecins spécialistes.

Les principales causes du non-recours aux dispositifs

L'Enquête santé et protection sociale 2012 a permis d'analyser les raisons du non-recours à une complémentaire santé au sein de la population. En 2012, parmi les personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé, le premier motif de non-recours évoqué est le manque de moyens financiers ou le coût trop élevé des contrats. Cela concerne 53 % des personnes non couvertes. Les travaux de l'UNCCAS sur l'action des CCAS pour l'accès aux soins font écho à ces observations. En 2013, 70 % des CCAS octroyant des aides en matière d'accès aux soins accordent des aides pour l'acquisition d'une complémentaire santé hors ACS et 33 % des CCAS accordent aussi des aides à des personnes bénéficiant de l'ACS¹¹.

Parmi les bénéficiaires du minimum vieillesse, plusieurs motifs peuvent expliquer le non-recours à la CMU-C ou à une complémentaire privée. Tout d'abord, les plafonds de l'ASPA et de l'ASV étant plus élevés que celui de la CMU-C, la plupart des bénéficiaires ne sont pas éligibles à la CMU-C. Les tarifs des contrats individuels de complémentaires santé augmentant avec l'âge¹², certains allocataires de l'ASPA et de l'ASV sont contraints de renoncer à ce type de couverture. De plus, certains allocataires étant pris en charge à 100 % par la sécurité sociale au titre d'une ALD, ne voient pas la nécessité de souscrire un contrat de complémentaire santé.

Parmi les allocataires du RSA socle, bien que tous soient éligibles à la CMU-C et qu'il existe un circuit simplifié pour en faire la demande, seuls 80 % en bénéficient. Les principales raisons du non-recours à la CMU-C évoquées sont le fait de disposer d'une autre couverture (34 % pour le RSA socle et 36 % pour le RSA socle majoré) et celui d'estimer ses revenus trop élevés (20 % pour le RSA socle et 29 % pour le RSA socle majoré)¹³.

11 UNCCAS – Enquêtes et observations sociales n°7 « Accès aux soins et à la santé : l'action des CCAS » - Juin 2014

12 DREES – Études et résultats n°850 « Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs » - Septembre 2013

13 DREES – « Minima sociaux et prestations sociales » – Édition 2014



En ce qui concerne les étudiants sans complémentaire santé, deux principaux motifs de non-recours ont été mis en exergue dans l'étude de l'ODENORE. 40,9 % des étudiants évoquent des raisons financières et 31,9 % présentent des difficultés à souscrire à une complémentaire, soit par méconnaissance des démarches à engager, soit par ignorance du dispositif de complémentaire en lui-même.

Une enquête réalisée en 2009 à la CPAM de Lille par l'Université Paris-Dauphine pour le Fonds CMU permet de mieux comprendre les raisons de non-recours à l'ACS. Cette enquête a été menée auprès d'assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS et non recourant à l'ACS. Parmi eux, 87 % sont couverts par une complémentaire santé, dont 63,9 % par un contrat individuel et 23,1 % par un contrat collectif. Les personnes interrogées ont principalement évoqué trois motifs de non-recours à l'ACS : le fait de penser ne pas être éligible (40,6 %), le manque d'information (39,9 %) et la complexité des démarches (18,1 %).

En complément de ces résultats, une étude réalisée en collaboration avec la direction de la sécurité sociale et un groupe d'étudiants de la 52^{ème} promotion de l'EN3S identifie les motifs de non renouvellement de l'ACS. Plusieurs foyers ayant reçu une attestation délivrée par la CPAM du Gard entre 2008 et 2011 ont été interrogés. D'après l'enquête, 45 % des motifs de non renouvellement sont liés à une absence d'information ou une mauvaise compréhension de celle-ci par les assurés.

D'autre part, 53 % de la population qui n'a pas renouvelé, déclare avoir eu des difficultés à entamer les démarches contre 20 % pour la population qui a renouvelé. 37 % de la population qui n'a pas renouvelé considère que le dossier est difficile à remplir contre 25 % pour la population qui a renouvelé. Concernant le choix d'une complémentaire et le reste-à-charge, 46 % des non renouvelants pensent qu'il est compliqué de choisir une complémentaire. 70 % évoquent un coût d'une mutuelle trop élevé malgré l'aide et 35 % déclarent que le contrat n'est pas adapté à leurs besoins. De même 36,9 % des personnes ayant renouvelé ne sont pas satisfaites de la couverture de leur mutuelle.

La persistance de renoncements aux soins

Avant la création de la CMU-C, toutes les études faisaient apparaître que dans le décile le plus pauvre de la population, le phénomène de renoncement aux soins atteignait un niveau très important. La cause financière avait clairement été identifiée. Selon l'enquête ESPS 2012, 26,7 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclarent avoir renoncé pour des raisons financières à au moins un soin (en dentaire, en optique, à un médecin et/ou à un autre soin) au cours des douze derniers mois.

En 2012, plus d'une personne sans couverture complémentaire sur deux déclare avoir renoncé à au moins un soin. En supprimant les spécificités d'âge et de sexe, un tiers des bénéficiaires de la CMU-C déclare un renoncement, contre un quart chez les individus protégés par une couverture complémentaire privée.

L'écart entre le renoncement des CMU-Cistes et celui des assurés couverts par une complémentaire privée est important. Une partie de cet écart s'explique par les caractéristiques socio-économiques spécifiques des CMU-Cistes (autres que le sexe et l'âge pris en compte dans la standardisation réalisée ici) : des différences de revenus, des

situations de chômage plus fréquentes, une part plus importante d'ouvriers et employés et la surreprésentation des familles monoparentales. Des travaux économétriques récents menés par la DREES et l'IRDES¹⁴ ont ainsi montré que l'effet propre (« toutes choses égales par ailleurs ») de la CMU-C sur le renoncement aux soins pour raisons financières est similaire à celui d'une bonne couverture complémentaire.

La CMU-C joue donc un rôle important dans l'accessibilité financière des soins. Détenir la CMU-C réduit de moitié le risque de renoncer à des soins par rapport à des personnes sans complémentaire santé présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et un état de santé comparable (*Études et résultats n°944, Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins, décembre 2015, DREES*).

Le rôle protecteur de la CMU-C est surtout visible pour les prestations les moins bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire : soins dentaires (notamment prothétiques) et optique.

La réforme du dispositif ACS

Par l'attribution d'une aide destinée à financer tout ou partie d'un contrat de complémentaire santé, l'ACS poursuit le but d'améliorer l'accès aux soins de ses bénéficiaires. Néanmoins, force est de constater que cet objectif n'est pas pleinement atteint. En effet, outre le non-recours élevé à ce dispositif, les rapports annuels sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS publiés chaque année par le Fonds CMU, mettent nettement en lumière une qualité très médiocre des contrats couvrant les bénéficiaires de l'ACS. Ils montrent également les difficultés que ces derniers peuvent rencontrer dans le choix d'un contrat.

Partant de ces constats, le législateur est intervenu à deux reprises en instaurant, dans un premier temps, le label ACS (article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012), dont l'échec a conduit à la mise en place d'une procédure de mise en concurrence (article 56 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2014). Cette procédure de mise en concurrence est prévue par l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale qui stipule que l'ACS est réservée « *aux contrats d'assurance complémentaire de santé individuels respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Celle-ci vise à sélectionner des contrats répondant au meilleur prix et offrant des garanties au moins aussi favorables que celles prévues par l'article L. 871. Elle est menée de façon transparente, objective et non discriminatoire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État* ».

La mise en concurrence tire les enseignements des analyses et propositions qui figuraient dans le rapport du HCAAM publié en juillet 2013. Partant du constat que « *la labellisation de contrats ACS n'a pas franchi l'accord nécessaire de l'UNOCAM qui reprochait à la proposition ministérielle d'être sous une double contrainte garanties / prix (contrats-repères peu compatibles avec la liberté des complémentaires)* », le HCAAM a émis deux propositions d'évolution : des contrats de groupe pour les bénéficiaires de l'ACS sélectionnés par le biais d'une procédure d'appel d'offre ou la mise en place d'une CMU-C payante. C'est la première des deux hypothèses qui a donc été retenue par les pouvoirs publics. En effet, l'amélioration sensible du rapport qualité-prix des contrats souscrits oblige en particulier à une réelle action sur le prix des contrats, ce que seule une réelle mise en concurrence permet d'obtenir.

¹⁴ Cf. les actes du colloque « Renoncement aux soins » du 22 novembre 2011, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf



C'est le 23 septembre 2013, dans le cadre de la présentation de la stratégie nationale de santé, que la Ministre des Affaires sociales et de la Santé a précisé les modalités de la généralisation d'une complémentaire santé de qualité. À cette occasion, elle annonce que « nous organiserons l'accès à la complémentaire santé pour les bénéficiaires de l'ACS, sur la base d'un appel d'offre national ».

Les organismes complémentaires ont été invités à proposer des offres pour trois niveaux de garanties par un appel à la concurrence lancé le 17 décembre 2014.

Les contrats doivent proposer au minimum la prise en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur (exceptés pour les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %), la prise en charge du forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie ainsi que la prise en charge des lunettes, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèses selon des taux modulés en fonction du contrat choisi.

À ces « garanties socle », s'ajoutent les différents niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète :

- ▼ le contrat A prend en charge le ticket modérateur pour l'optique et 125 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- ▼ le contrat B, contrat intermédiaire, prend en charge 100 € pour une paire de lunettes à verres simples, 200 € pour des lunettes à verres complexes et 225 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires ;
- ▼ le contrat C prend en charge 150 € pour des lunettes à verres simples, 350 € pour des lunettes à verres complexes, 300 % du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 450 € pour les audioprothèses.

Les offres ont été notées et classées. Celles retenues ont été publiées dans les arrêtés du 10 avril et du 25 juin 2015 fixant la liste des contrats de complémentaire santé ouvrant droit à la déduction ACS.

Par rapport aux contrats actuels, pour un contrat couvrant une personne à un niveau de garanties équivalent, la DREES indiquait, au moment de la mise en œuvre du dispositif, que les trois meilleures offres retenues permettent une baisse de prix de l'ordre : de 36 % pour le premier niveau de contrat (de 711 € à 454 €) ; de 24 % pour le niveau intermédiaire (de 769 € à 586 €) et de 14 % pour le niveau supérieur (de 815 € à 704 €).

La réforme de l'ACS est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015, en application des lois de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et 2015.

Depuis le mois de septembre 2015, le Fonds CMU a mis en place un suivi mensuel auprès des onze groupements sélectionnés portant sur le nombre de personnes protégées par les nouveaux contrats A, B et C. Ce suivi est réalisé en parallèle des données transmises par les trois grands régimes issues d'une extraction de leurs systèmes d'information.

Au 30 avril 2016, il est comptabilisé plus de 968 000 utilisateurs de l'aide sur les contrats A, B, C, ce qui correspond à un taux de montée en charge de 133 % par rapport aux effectifs rattachés aux onze groupements au 31 mai 2015 (derniers chiffres disponibles avant réforme).

Ce chiffre est satisfaisant après dix mois de mise en œuvre du nouveau dispositif.

L'opération de basculement pour les contrats dont la date d'échéance était fixée au 31 décembre 2015 a été clairement visible sur les ouvertures de droits du mois de décembre 2015 (+ 106 100 bénéficiaires), mais surtout sur le mois de janvier 2016 (+ 325 627 bénéficiaires).

Les contrats B et les contrats C sont à un niveau équivalent : 37,8 % en B, 39,6 % en C (contre 22,6 % en A). C'est un point très positif dans la mesure où un des principaux reproches fait à l'ancien dispositif était le faible niveau de garantie des contrats choisis par les bénéficiaires.

Le dispositif de l'ACS offre désormais des avantages proches de ceux proposés dans le cadre de la CMU-C :

- ▼ La dispense totale d'avance des frais. Les bénéficiaires de l'ACS disposaient d'ores et déjà d'un droit au tiers payant sur la part obligatoire des soins. L'article 41 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 a étendu le tiers payant à la part complémentaire à compter du 1^{er} juillet 2015 pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Le tiers payant intégral est effectif pour les bénéficiaires ayant souscrit un contrat éligible à l'ACS.
- ▼ L'opposabilité des tarifs des médecins. L'article 1^{er} de l'avenant n° 8 du 25 octobre 2012, prévoit la garantie de l'accès aux soins à tarifs opposables pour les bénéficiaires d'une attestation de droit à l'ACS.
L'exonération des franchises et de la participation forfaitaire de 1 €.
- ▼ L'article 42 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 exonère les bénéficiaires de l'ACS du paiement des franchises sur les boîtes de médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les prestations de transport de patients ainsi que des participations forfaitaires pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, et pour les actes de biologie médicale.
- ▼ Le contrat de sortie. L'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 instaure, un contrat de sortie ACS, proposé à toute personne ayant bénéficié d'un contrat auprès d'un organisme complémentaire sélectionné. Ce contrat, choisi parmi les trois contrats ACS offerts par cet organisme est proposé à un tarif identique à celui appliqué aux bénéficiaires de l'ACS.
- ▼ Le bénéfice de l'ACS ouvre droit aux tarifs sociaux de l'énergie¹⁵.

Le lancement d'une campagne de communication nationale

Le coût des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS, la qualité moyenne des garanties proposées ainsi que la complexité globale du dispositif ACS due à la multitude des offreurs et des contrats de complémentaire santé sont apparus comme les principaux facteurs explicatifs du non-recours à l'ACS rendant nécessaire une réforme. Mais, à cela, s'ajoutait la méconnaissance du dispositif. En effet, plus de dix ans après sa mise en œuvre, l'ACS restait relativement méconnue du grand public. Au moment du lancement de la réforme, seules trois personnes sur dix en ont déjà entendu parler : 12 % savent exactement à qui elle est destinée et 17 % en ont déjà entendu parler, mais l'objet de l'aide reste flou pour elles¹⁶.

¹⁵ Arrêté du 21 décembre 2012 portant modification de l'annexe au décret n°2004-325 du 8 avril 2004 modifié relatif à la tarification spéciale de l'électricité comme produit de première nécessité.

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

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

¹⁶ Baromètre d'opinion DREES 2014 (BVA) – Avril 2015



Afin d'accroître la connaissance de l'ACS, une vaste campagne de communication a été lancée le 29 juin 2015 par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, lors d'une visite à la caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne, à Créteil.

Cette campagne a été coordonnée entre tous les acteurs susceptibles d'informer les bénéficiaires potentiels et d'accompagner les bénéficiaires déjà présents dans le dispositif. Ainsi, ce sont le gouvernement, le Fonds CMU, les caisses nationales de Sécurité sociale (caisses d'assurance maladie, caisses d'allocations familiales, caisses de retraite), Pôle Emploi, les associations, les professionnels et établissements de santé, les centres communaux d'action sociale et les organismes complémentaires qui se sont mobilisés autour de cette campagne.

Afin de faire connaître l'ACS indépendamment du dispositif de la CMU-C, un logo a été créé. Une affiche, un dépliant et une animation vidéo explicatifs ont été élaborés. Près de 500 000 dépliantes et 10 000 affiches ont été diffusés par le Fonds CMU. Une plateforme téléphonique a également été mise à la disposition des bénéficiaires par l'Assurance Maladie.

Une nouvelle campagne de communication sera lancée par l'Assurance Maladie afin d'augmenter la notoriété de l'ACS et favoriser l'accès à cette aide. Cette campagne, qui repose sur deux temps de communication (une première vague du 28 mars au 22 mai 2016 et seconde en septembre/octobre 2016) ciblera plus particulièrement les jeunes, les demandeurs d'emploi et les seniors.

La généralisation de l'assurance complémentaire santé et les premiers impacts

En dehors de la CMU-C et de l'ACS, le législateur a reconnu l'importance de la couverture complémentaire santé en étendant les aides fiscales et sociales à la protection collective d'entreprise. L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 organise la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à tous les salariés du secteur privé en obligeant à la mettre en place et la financer à au moins 50 %. Le même texte réforme la portabilité des droits, en permettant aux personnes touchant des indemnités de chômage de bénéficier plus longtemps et à titre gratuit de leur complémentaire santé d'entreprise pour une durée maximale de douze mois.

Cet accord, devenu l'article 1^{er} de la loi du 14 juin 2013, est effectif depuis le 1^{er} janvier 2016. Le contrat doit offrir des garanties minimales couvrant :

- ▼ l'intégralité du ticket modérateur pour tous les actes (à l'exclusion des médicaments remboursés à hauteur de 15 % ou 30 % par la sécurité sociale, l'homéopathie et les cures thermales) ; la prise en charge du forfait journalier en intégralité et sans limitation de durée ;
- ▼ la prise en charge des soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur de 125 % des tarifs de responsabilité ;
- ▼ la prise en charge des frais d'optique, sous forme de trois forfaits (100 €, 150 € et 200 € en fonction de la correction), limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par bénéficiaire, tous les deux ans (un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

- ▼ Par ailleurs, la définition des contrats responsables imposent des plafonds de remboursements à hauteur de 125 % pour les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

Plusieurs dispenses d'affiliation autorisent certains salariés ne pas adhérer à la complémentaire santé d'entreprise : les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS ; les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place du contrat collectif ou de l'embauche, qui doit être résilié à l'échéance ; les salariés couverts par le contrat collectif de leur conjoint ; les salariés et apprentis dont la durée du contrat de travail est inférieure à douze mois ; les salariés à temps partiel et apprentis dont le taux d'effort au contrat collectif représenterait plus de 10 % du salaire brut. Enfin, les salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place du contrat issu d'une décision unilatérale de l'employeur auront également la possibilité de ne pas y adhérer.

L'IRDES a publié début juillet 2015 une étude portant sur une évaluation ex-ante des impacts de la généralisation de la complémentaire santé sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture. À partir de l'Enquête santé et protection sociale 2012, l'effet de l'introduction de l'Accord national interprofessionnel (ANI) sur la proportion de personnes non couvertes par une complémentaire santé a été simulé en population générale, tout en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésions dont certains salariés du secteur privé peuvent bénéficier. Les résultats obtenus montrent que la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de la portabilité permettrait de réduire de « *façon modérée mais significative le taux de non-couverture dans l'ensemble de la population* ». Le taux passerait :

- ▼ de 5 % à 4 % en cas de généralisation à tous les salariés du secteur privé (scénario 1)
- ▼ à 3,7 % sous l'hypothèse additionnelle que tous les chômeurs de moins d'un an acceptent la portabilité (scénario 1+2),
- ▼ et jusqu'à 2,7 % sous l'hypothèse complémentaire que tous les ayants droit des salariés et des chômeurs bénéficient aussi de la complémentaire d'entreprise (scénario 1+2+3).

L'étude souligne également que le dispositif devrait modifier la répartition du risque assurantiel entre collectif et individuel, en diminuant la part de ces derniers tout en modifiant les caractéristiques des assurés couverts. La population protégée en individuel serait davantage âgée et/ou en affection de longue durée. Ce dispositif risque donc d'augmenter le niveau des primes et cotisations des contrats individuels ce qui en retour peut augmenter la non-couverture.

Conclusion

L'étude de l'IRDES précitée indique que même avec la mise en place de l'ANI, les inégalités sociales perdureraient en termes de couverture complémentaire santé en France : les plus de 70 ans, les inactifs, les individus en mauvaise santé et ceux dont le revenu est le plus bas resteraient le plus souvent non couverts. Ces résultats soulignent l'importance de la CMU-C et de l'ACS pour améliorer l'accès à la complémentaire santé des ménages les plus pauvres. Il faut donc tout mettre en œuvre pour favoriser la réduction du non recours à ces dispositifs.

La réussite de la réforme engagée sur l'ACS doit y contribuer. La mise en concurrence a produit les premiers effets attendus : elle améliore très significativement le rapport qualité / prix des garanties souscrites avec le bénéfice de cette aide. De plus, les premiers résultats sur la montée en charge du nouveau dispositif laissent apparaître que la baisse du prix des garanties a permis aux bénéficiaires



de s'orienter en plus grand nombre vers des contrats proposant de meilleures garanties (contrats « B » et « C »), ce qui constitue déjà une réussite par rapport à ce qui était observé précédemment. Si l'on ajoute l'amélioration de la lisibilité du dispositif, les efforts de communication engagés par l'ensemble des partenaires et le fait que les droits attachés à l'ACS sont désormais proches de ceux de la CMU-C, le dispositif est devenu plus attractif, ce qui devrait logiquement susciter un recours accru. Une autre étape vers la généralisation de la complémentaire santé sera également franchie avec la mise en œuvre de l'article 33 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 qui prévoit la création d'un contrat labellisé au bénéfice des personnes âgées de 65 ans et plus à compter du 1^{er} janvier 2017.

Au-delà de cette réforme, des réflexions plus conclusives devront être engagées vers la simplification des démarches engagées par les demandeurs, en favorisant les échanges de fichiers entre organismes sociaux et en diminuant le nombre de pièces justificatives à produire. La refonte des procédures existantes est donc nécessaire pour sécuriser l'instruction des demandes et alléger les tâches de gestion ce qui permettrait notamment de renforcer les efforts d'accompagnement en direction des populations les plus vulnérables.