



CMU-c et ACS

SOMMAIRE

LE DISPOSITIF DE LA CMU-C p. 1

LE DISPOSITIF DE L'ACS p. 3

UNE AMÉLIORATION DE
L'OFFRE DE COUVERTURE
PAR LE BIAIS DES
CONTRATS TYPES p. 6

POURQUOI CES DISPOSITIFS
SONT IMPORTANTS
EN TERMES D'ACCÈS
AUX SOINS ? p. 7

La **couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c)** et l'aide au paiement d'une **complémentaire santé (ACS)**, sont deux dispositifs publics qui visent un **meilleur accès aux soins des plus modestes**.

Avoir une assurance complémentaire santé, communément appelée « mutuelle », est devenu déterminant pour bénéficier d'une bonne prise en charge de ses soins. En effet, bien que l'Assurance Maladie obligatoire continue d'exercer un rôle prédominant dans la prise en charge des dépenses de santé, l'accès aux soins est très largement lié à la souscription d'un contrat de complémentaire santé privé.

Un non recours aux soins des plus démunis

9 personnes sur 10 disposent aujourd'hui d'une couverture maladie complémentaire, contre 7 sur 10 en 1981. Cependant, cette large diffusion reste fortement corrélée au niveau de vie. Actuellement, les personnes aux plus faibles revenus demeurent les moins bien couvertes et conséquemment ont moins recours aux soins. Les personnes non-couvertes sont deux fois plus nombreuses à ne pas avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois. 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.



Le dispositif de la CMU-c

De quoi parle-t-on ?

La loi du 27 juillet 1999 créant la couverture maladie universelle (CMU) a également mis en œuvre la CMU-c, qui permet l'accès à une **protection complémentaire de santé gratuite**.

Elle couvre ainsi, à hauteur de 100% des tarifs opposables de la sécurité sociale, un panier de dépenses restant à la charge de l'assuré après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale (**consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux**).

En outre, la CMU-c comprend des forfaits de prise en charge pour les prothèses **dentaires, auditives**, les **lunettes** ainsi que d'autres dispositifs médicaux.

Dans un objectif d'accès aux soins, les bénéficiaires du dispositif sont dispensés d'avancer les frais (**tiers-payant**) et sont exonérés de la **participation forfaitaire de 1 euro**, ainsi que des **franchises médicales**. De leur côté, les professionnels de santé, tous secteurs de conventionnement confondus, ne peuvent facturer de dépassement d'honoraires.

La CMU-c est administrée soit par l'organisme d'assurance maladie qui est en charge de la protection obligatoire (caisse d'Assurance Maladie, CPAM), soit par l'organisme complémentaire agréé répertorié sur la liste des organismes participant à la CMU-c.

À noter ! Les bénéficiaires du dispositif peuvent également avoir droit aux tarifs sociaux d'énergie et aux réductions sur les abonnements de transport.

Les conditions requises

La CMU-c est accordée aux personnes ayant une **résidence stable et régulière sur le territoire français**, et dont les **ressources des 12 derniers mois sont inférieures à un certain plafond** qui varie en fonction de la composition du foyer (majoré dans les départements d'outre-mer (DOM) de 11,3%).

À savoir ! Pour le calcul du droit à la CMU-c, l'ensemble des ressources du foyer, imposables et non-imposables, perçues au cours des 12 mois précédant la demande est pris en compte.

Remarque ! Les personnes percevant le **revenu de solidarité active (RSA) socle** accèdent de droit à la CMU-c.

Barème CMU-c au 1^{er} avril 2017

Nombre de personnes	Plafond CMU-c	
	annuel	mensuel
1	8 723	727
2	13 085	1 090
3	15 701	1 308
4	18 318	1 527
5	21 808	1 817
par personne en +	+ 3 489,20	+ 290,77

Durée, renouvellement

La CMU-c est accordée pour **un an**. Il est possible de faire une **demande de renouvellement**, deux mois avant la fin des droits.

En cas d'avis défavorable, le tiers payant est maintenu pour un an.

Les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire ont droit à « un contrat de sortie » d'un an. Ce contrat délivre 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 de majorations de ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (médecin traitant, spécialistes conventionnés). Le tarif de ce contrat est réglementé, il était de 370 euros hors-taxes annuel pour une personne seule en 2017.



Portrait des bénéficiaires de la CMU-c

Combien sont-ils ?

La **population éligible** à la CMU-c se situe dans une fourchette de 5,8 à 7 millions de personnes .

Dans les faits, le taux de recours se situe entre 64% et 77% de la population éligible. Ce taux a légèrement augmenté, il était compris entre 62% et 74% en 2013.

Ainsi, on estime à près de **4,4 millions le nombre de bénéficiaires de la CMU-c**, pour l'ensemble des régimes du territoire.

Après avoir cru fortement, la progression du nombre de bénéficiaires s'est nettement ralentie en 2016 (+2,9%, contre 4,4% en 2015, et 8,5% en 2014).

Le **régime général** compte **89,5%** des effectifs de la CMU-c, le régime des indépendants (RSI) 6,3%, le régime agricole (MSA) 2,7% et les sections locales mutualistes (SLM) un peu plus de 1%.

La répartition entre les régimes a peu bougé ces dernières années.

¹Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) 2014

Où sont-ils ?

Les bénéficiaires de la CMU-c représentent **8% de la population** pour les trois principaux régimes (CNAM, RSI, MSA) ; en métropole, 7% des affiliés de ces régimes bénéficient de la CMU-c contre 32% dans les **DOM**. Les départements de métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement situés dans le Nord, le **Sud-Est** et la **région parisienne**.

À contrario, les régions de la Bretagne, du Massif central et de l'Est présentent les taux de bénéficiaires les plus faibles.

CMU-c de qui parle-t-on ?

1/3 des bénéficiaires de la CMU-C ont moins de 16 ans, 3/4 ont moins de 50 ans.

Cette répartition s'explique en partie par une surreprésentation des familles avec enfants et notamment des familles monoparentales. Ces dernières représentent 18% des ménages percevant la CMU-c contre 6% en population générale. Les couples avec enfants sont également surreprésentés parmi les ménages bénéficiant de la CMU-c : ils sont 34% dans cette configuration familiale, contre 21% dans la population globale.

CMU-c, quelles dépenses ?

La dépense totale pour la CMU-c en 2016 est estimée à **2,2 milliards d'euros**.

Elle a augmenté de 1,7% en un an.

Elle progresse moins vite que les effectifs moyens (+2,9%).

On observe donc une baisse du coût moyen de la CMU-c.



Le dispositif de l'ACS

De quoi parle-t-on ?

L'ACS - aide au paiement d'une complémentaire santé - consiste en une **aide financière au paiement d'un contrat de complémentaire santé**.

Instituée par la loi du 13 août 2004 portant sur la réforme de l'Assurance maladie, l'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU-c. Depuis son entrée en vigueur le 1er janvier 2005, le dispositif a connu de nombreuses évolutions qui en font actuellement un outil majeur pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Pour accéder à l'ACS, **les ressources du demandeur doivent être inférieures au plafond de la CMU-c majoré de +35%**.

Remarque : initialement, le plafond d'attribution de l'ACS se situait à +15% du plafond de la CMU-c

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : **100 euros** pour les moins de 16 ans, **200 euros** pour la tranche d'âge comprise entre 16 et 49 ans, **350 euros** pour les personnes âgées de 50 à 59 ans et **550 euros** pour les plus de 60 ans.

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

Cette aide permet de réduire de moitié la charge de la cotisation annuelle et dans certains cas la prend intégralement en charge.

À noter ! Depuis la réforme de 2015, les bénéficiaires du dispositif peuvent avoir droit à des tarifs sociaux de l'énergie et à des réductions sur les abonnements de transport.

Les conditions requises

À l'instar de la CMU-c, l'ACS est accordée aux personnes **résidant de façon stable et régulière en France et ayant des ressources inférieures à un certain plafond** (plafond de la CMU-c majoré de 35%).

Remarque ! Depuis le 1^{er} janvier 2016, **les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou d'une allocation au titre de l'article 2 de l'ordonnance n°2004-605 du 24 juin 2004** voient leur droit à l'ACS renouvelé automatiquement.

Barème de l'ACS au 1^{er} avril 2017

Nombre de personnes	Plafond ACS	
	annuel	mensuel
1	11 776	981
2	17 664	1 472
3	21 197	1 766
4	24 730	2 061
5	29 440	2 453
par personne en +	+ 4 710,42	+ 392,54



Portrait des bénéficiaires de l'ACS

Combien sont-ils ?

Le nombre de personnes théoriquement éligibles à ce dispositif fluctue entre 3,2 et 4,6 millions de personnes². En réalité, et ce, grâce aux effets de la généralisation de la complémentaire santé collective et obligatoire en entreprise, on se situerait davantage dans une fourchette de 2,4 et 3,4 millions.

Le taux de recours oscillerait entre 31 % et 45 % des personnes éligibles, soit 2 à 4 points de plus qu'en 2014.

Au cours de l'année 2016, près de **1,5 million de personnes** ont obtenu un chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé. La **hausse des effectifs de bénéficiaires de l'ACS** est restée soutenue (+8,2 % après +12,5 % en 2015), portée par la réforme de juillet 2015 (voir p. 6 : **amélioration des contrats types**).

À la date de décembre 2016, **1,12 million de personnes** ont utilisé leur attestation ACS auprès d'un organisme complémentaire, ce qui représente une évolution de +14% sur un an. Le taux d'**utilisation de l'ACS** s'établit à **77%**.

² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) 2014

Où sont-ils ?

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 majoritairement situés dans le **Nord**, le **Sud** et une partie du **Centre**.

ACS de qui parle-t-on ?

Contrairement à la CMU-c, l'ACS bénéficie à toutes les catégories d'âge. Plus 1/4 des bénéficiaires de l'ACS ont **60 ans ou plus** : contrairement à la CMU-c, la grande majorité des bénéficiaires de l'ASPA (93 %) y sont éligibles. Les jeunes sont également nombreux parmi les bénéficiaires de l'ACS, les **moins de 16 ans** représentant 1/4 de l'ensemble des bénéficiaires.

Les **familles monoparentales** représentent 14% des ménages bénéficiaires. Les **couples avec enfants** sont également particulièrement représentés du fait des **familles nombreuses** : 12% des ménages bénéficiant de l'ACS sont des couples avec 3 enfants ou plus alors qu'ils ne sont que 4 % en population générale.

ACS, quelles dépenses ?

L'ensemble du dispositif représente une dépense de **313 millions d'euros** en 2016 (287 millions en 2015). Cette dépense est en hausse de 9%.

Le montant moyen annuel de l'ACS s'établit à 313 euros par bénéficiaire en 2016.



Une amélioration de l'offre de couverture par le biais des contrats types

Après plusieurs années d'application de ce dispositif, la pratique a montré que les contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS étaient globalement moins protecteurs, sans être pour autant moins coûteux. Ce constat a conduit les pouvoirs publics à mettre en place des contrats de groupe sélectionnés par le biais d'appel d'offres en direction des organismes complémentaires.

Depuis la réforme de juillet 2015, tous les contrats proposés par les organismes complémentaires aux bénéficiaires de l'ACS proposent un **socle commun de garanties**.

Celui-ci comprend :

- la prise en charge du **ticket modérateur à 100 %** (excepté 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,
- et l'un des trois niveaux de garanties allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète pour l'optique et les prothèses dentaires :
 - **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.

Pour plus de détails sur les garanties proposées dans ces contrats : https://www.info-accs.fr/acs_a_quelles_prestations_ai_je_droit.php

Position CFTC

Compte tenu du coût des contrats souscrits et de la qualité moyenne des garanties proposées et devant la complexité initiale du dispositif, la CFTC était favorable à une réforme de l'ACS. Les premières enquêtes montrent que la mise en concurrence a amélioré significativement le rapport qualité/prix des garanties souscrites par le biais de cette aide. Par ailleurs, la baisse des prix des garanties a permis d'orienter les bénéficiaires vers de meilleurs contrats (B et C).



Pourquoi ces dispositifs sont importants en termes d'accès aux soins ?

Complémentaire santé et pauvreté : quelques chiffres

14 % des individus dont le **revenu mensuel est inférieur ou égal à 650 euros** ne sont pas couverts, contre 4 % de ceux dont le revenu est supérieur à 3 000 euros (personnes faisant le choix de payer les restes à charges plutôt que de souscrire à un contrat de complémentaire santé). L'absence de complémentaire santé concerne d'abord les populations les plus pauvres.

Le taux de personnes sans complémentaire santé est particulièrement élevé parmi les **inactifs** (9 % des personnes au foyer, 14 % des autres inactifs) et les **chômeurs** (14 %). Les **personnes seules** et les **familles monoparentales** sont de même plus fréquemment non couvertes par une complémentaire santé : respectivement 7,5 % et 7,4 % versus 4,0 % et 4,1 % pour les couples avec et sans enfant.

L'absence de couverture de complémentaire santé varie selon les niveaux de revenus mais également les âges : il s'établit à 8,1 % pour les **jeunes** âgés de 18 à 30 ans et 6,9 % pour les plus de 80 ans contre près de 4 % pour les autres tranches d'âge.

En bref :

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont deux dispositifs qui visent à améliorer la couverture santé des publics les plus susceptibles de renoncer aux soins pour des raisons financières. Dans la mesure où ces dispositifs concernent exclusivement les personnes aux revenus les plus modestes, ils ont un effet positif sur la réduction des inégalités. La CMU-c vise principalement les 10 % des ménages les plus modestes, l'ACS les 20 % des ménages les plus modestes. Cependant, cet impact redistributif pourrait être amplifié si toutes les personnes éligibles y avaient recours.

Un non-recours persistant à ces deux dispositifs

On estime que 3 millions de personnes n'auraient pas fait valoir leur droits aux dispositifs publics de complémentaire santé : soit environ 1/3 des bénéficiaires potentiels de la CMU-c et 2/3 des bénéficiaires potentiels de l'ACS (pour 2014).

Par exemple, au sein des allocataires du RSA socle qui sont tous éligibles à la CMU-c et bien qu'il existe un circuit simplifié pour en faire la demande, seulement 80% en bénéficient. Les principales raisons invoquées par ces derniers sont le fait de bénéficier d'une autre couverture ou d'estimer leurs revenus trop élevés.



Au-delà de ces raisons, trois grands motifs de non-recours apparaissent et se combinent le plus souvent :

- **la non connaissance** : lorsque l'offre n'est pas connue, par manque d'information ou par incompréhension ;
- **la non réception** : lorsque l'offre est connue, demandée mais pas obtenue (par difficultés à mener une démarche administrative ou du fait de la complexité des procédures, voire des pratiques des agents) ;
- **la non demande** : quand l'offre est connue mais pas demandée (par désintérêt pour l'offre, par lassitude des démarches administratives, l'autolimitation ou parfois même la perte de l'idée d'avoir des droits).

Le non-recours se superpose parfois au renoncement aux soins ; néanmoins, il est différent dans la mesure où il englobe davantage de configurations (cf. la non connaissance du droit, l'abandon d'une démarche).

L'Assurance maladie et le fonds CMU se sont au départ peu préoccupés du non-recours, considérant que ce n'était pas de leur responsabilité dans

la mesure où le droit existait ; l'initiative de la demande des droits était en effet renvoyée vers les bénéficiaires potentiels.

De plus, l'Assurance maladie et le fonds CMU se focalisaient sur une autre problématique : la lutte contre la fraude. Dans un contexte de contrôle des dépenses de santé, l'heure était ainsi davantage à la traque des abus et au rappel de leurs devoirs aux bénéficiaires effectifs ou potentiels qu'à la prise en compte de la sous-utilisation des droits assistanciers.

Lutter contre le non-recours, initialement perçu comme une source potentielle de dépenses supplémentaires, peut en réalité être une source de gains pour le système de santé et l'Assurance maladie obligatoire. D'abord parce que le renoncement aux soins peut provoquer mécaniquement une dégradation de l'état de santé des personnes concernées qui impliquera, au bout du compte, une prise en charge potentiellement plus coûteuse pour l'Assurance maladie. Ensuite, parce que l'abandon des démarches par les potentiels bénéficiaires a également un coût pour les CPAM (temps perdu frais de dossier à perte).

Pour la CFTC

Les inégalités d'accès à la couverture complémentaire santé s'ajoutent aux inégalités de revenus, mais également territoriales et culturelles. Nous avons vu, au travers de ce document, l'importance de la CMU-c et de l'ACS pour améliorer la santé et la couverture complémentaire des ménages les plus modestes.

Il faut donc œuvrer encore pour favoriser la réduction du non-recours à ces dispositifs. Pour la CFTC, agir sur le non-recours à l'ACS et à la CMU-c en matière de santé relève d'une logique de prévention qui peut permettre de moins dépenser à plus long terme.

Des réflexions doivent donc être engagées pour une simplification des démarches à accomplir par les demandeurs, notamment en cas de changement de statut. En favorisant les échanges de fichiers entre organismes de protection sociale par exemple ou en réduisant les pièces justificatives à produire. La refonte des procédures existantes est donc nécessaire pour sécuriser l'instruction des demandes et alléger les tâches de gestion. Cela permettrait de renforcer les efforts d'accompagnement des personnels des organismes, en direction des populations les plus vulnérables.

La CFTC, syndicat de construction sociale, est présente tous les jours à vos côtés pour défendre vos intérêts et vous conseiller dans vos démarches