



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction
de la sécurité sociale

La complémentaire santé solidaire

RAPPORT ANNUEL 2023



Garantir à chacun les moyens
d'accéder à des soins de qualité

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	5
LE MOT DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE	6
SYNTHÈSE	8
QU'EST-CE QUE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?	10
En quelques mots	10
Comment est géré le droit à la complémentaire santé solidaire ?	10
Quelles sont les garanties de la complémentaire santé solidaire ?	10
Comment faire sa demande de complémentaire santé solidaire ?	11
Quels publics bénéficient d'un accès facilité à la complémentaire santé solidaire ?.....	12
Chiffres clés	13
L'ÉCOSYSTEME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	15
I. LA GESTION DES CONTRATS DE COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE	15
A. La répartition de la gestion des contrats entre les régimes obligatoires et les organismes complémentaires.....	15
B. L'inscription des organismes complémentaires pour la gestion de la complémentaire santé solidaire	15
C. La gestion des contrats de sortie par les organismes complémentaires	16
II. LES ACTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE POUR FAVORISER L'ACCES ET LE RECOURS AUX SOINS	17
A. La Mission Accompagnement Santé et les partenariats développés par les caisses de sécurité sociale.....	17
B. Les services de l'action sanitaire et sociale des CPAM	20
III. LA GOUVERNANCE NATIONALE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....	21
A. Le comité de suivi et le comité technique	21
B. La réunion mensuelle de la CNAM avec les partenaires associatifs et les acteurs de terrain	21
C. Les travaux de recherche	22
D. La stratégie de communication	22
IV. LES ÉVOLUTIONS RECENTES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	24
A. Des simplifications pour les démarches de l'ensemble des assurés	24
B. Un accès aux soins facilité pour les populations en situation de précarité	25

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	28
I. LES EFFECTIFS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....	28
A. L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite et avec participation	28
B. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite	29
C. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation.....	29
D. L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire comparée à celles d'autres prestations sociales.....	30
II. LES PROFILS DES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....	31
A. La répartition par genre et par tranche d'âge.....	31
B. La répartition géographique	32
III. L'ÉVOLUTION DU TAUX DE RECOURS A LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE.....	35
A. L'estimation du taux de recours à la complémentaire santé solidaire	35
B. L'impact des mesures d'automatisation et de simplification de l'attribution pour les allocataires du RSA et de l'ASPA	39
IV. LA PRATIQUE DU TIERS-PAYANT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	40
LE SUIVI DE LA DEPENSE ET DU FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	42
I. LA DÉPENSE ET LE COÛT MOYEN DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE	42
A. La dépense engagée et les participations financières perçues pour la complémentaire santé solidaire	42
B. La dépense moyenne par bénéficiaire.....	44
C. La dépense moyenne par type de complémentaire santé solidaire et par poste	45
D. Le circuit de facturation des soins par les organismes complémentaires	46
II. LE FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE PAR LA TAXE DE SOLIDARITE ADDITIONNELLE	47
A. L'affectation de la taxe de solidarité additionnelle	47
B. L'évolution de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle	48
C. La répartition de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle.....	50
III. LA FIABILISATION ET LE CONTRÔLE DE LA TAXE DE SOLIDARITE ADDITIONNELLE.....	53
A. Les enjeux et les acteurs de la mission de fiabilisation et de contrôle.....	53
B. Les opérations de fiabilisation et de contrôle et leurs résultats	54
ANNEXES	57

CONTRIBUTEURS

Ministère de la santé et de la prévention

Direction de la sécurité sociale

Coordination du rapport

→ Jérémy FELLER

Contributions : écosystème de la C2S, suivi des bénéficiaires et de la dépense

→ Fairouze ALOUI

→ Sophia BOUZID

→ Louis CLERC

→ Baptiste DEVALOIS

→ Stéphanie GILARDIN

→ Alexis GRAVEL

→ Marion MUSCAT

→ Jean-Philippe PERRET

→ Stéphane RUNFOLA

→ Cécile SACHE

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Contributions : recours à la C2S

→ Léo QUENNESSON

→ Adrien PAPUCHON

Organismes de sécurité sociale

URSSAF Caisse nationale (ex-ACOSS)

Contributions : financement de la C2S

→ Philippe COMTE

→ Anne LASSAIGNE

Caisse nationale d'assurance maladie

Contributions : activité de la CNAM

→ Delphine CARILLER

→ Corinne LAMARQUE

→ Fanny RICHARD

→ Francine SCHERPEREEL

Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

Contributions : activité de la CCMSA

→ Christine DECHESNE-CEARD

→ Elise MICHAUD-MONVOISIN

→ Fei SU

AVANT-PROPOS



Frank VON LENNEP

Directeur de la sécurité sociale

Après plus de quatre années de mise en œuvre, la complémentaire santé solidaire (C2S) a démontré qu'elle constituait un instrument efficace dans la promotion de l'accès aux soins pour tous. Plébiscitée par ses bénéficiaires, elle offre une protection de qualité et les démarches pour l'obtenir sont sans cesse simplifiées, en particulier pour les personnes les plus vulnérables.

Depuis 2022, les nouveaux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) peuvent obtenir automatiquement la C2S gratuite et les nouveaux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et leurs conjoints sans activité professionnelle peuvent obtenir la C2S avec participation sans avoir à déclarer leurs ressources.

A compter du 1^{er} janvier 2024, la C2S sera étendue au département de Mayotte afin de garantir aux Mahorais précaires le même niveau de prise en charge que sur le reste du territoire français et selon les mêmes modalités que dans les autres départements d'Outre-mer.

Les proportions du non-recours doivent nous inciter à rester fortement mobilisés pour

améliorer le dispositif. Si ce phénomène n'est pas synonyme d'absence de couverture santé, il peut priver des personnes en situation de précarité d'une complémentaire moins chère et offrant des garanties de qualité.

Aussi, nous devons aujourd'hui intensifier nos efforts d'évaluation du dispositif et de communication, afin de faire connaître et comprendre la C2S, de poursuivre la dynamique de simplification impulsée par des chantiers, tels que la solidarité à la source ou le dispositif de ressources mensuelles (DRM), et de donner ainsi à chacun les moyens d'accéder à des soins de qualité.

Dans cet objectif, des études seront menées en 2024 sur deux publics dont le rapport à la complémentaire santé est plus complexe que pour le reste de la population :

- Les jeunes et les étudiants qui méconnaissent les dispositifs existants et mésestiment leur besoin en couverture santé ;
- Les seniors pour qui l'accès à une complémentaire peut être freiné par des tarifs plus élevés.

LE MOT DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE



Thomas FATOME

*Directeur de la Caisse nationale
d'assurance maladie*

L'année 2023 a permis de consacrer les effets positifs des simplifications mises en œuvre en 2022 tant sur l'amélioration du recours à la C2S que sur la qualité du service rendu aux bénéficiaires.

Au niveau national, la nouvelle convention d'objectifs et de gestion signée en 2023 avec l'Etat a permis à l'Assurance Maladie de renouveler son engagement en faveur de l'accès aux droits et aux soins, engagement qui s'illustre au travers notamment de l'importante mobilisation de son réseau autour des enjeux de lutte contre le non recours.

Ainsi, au niveau local, les caisses ont multiplié les actions destinées à promouvoir la C2S, accompagner les assurés, développer les partenariats avec le milieu associatif et les acteurs de terrain.

L'Assurance maladie poursuit également sa démarche de modernisation des démarches d'accès à la C2S en préparant les évolutions à venir :

- L'ouverture en 2024 d'un service en ligne d'adhésion à la C2S avec participation financière pour les bénéficiaires ayant choisi leur caisse d'assurance maladie

pour gérer leur droit – ce service complètera l'offre de demande en ligne dont le succès ne se dément pas et qui a connu une augmentation de 28% entre le premier semestre 2023 et le 1er semestre 2022.

- L'accès aux données fiscales permettra d'alléger encore plus les démarches des assurés en les dispensant de fournir leur avis d'imposition lors de la demande de C2S – cette simplification participe à la mise en œuvre du principe « Dites-le-nous une fois ».

Cette modernisation ainsi que les récentes mesures de simplification du dispositif rejoignent les objectifs de performance que poursuit l'Assurance maladie s'agissant notamment de la réduction des délais de traitement des demandes de C2S : sur l'ensemble du territoire en 2023, les assurés se voient désormais ouvrir des droits en moins de 20 jours.

Enfin, toujours dans le but de mieux faire connaître aux assurés leurs droits, une campagne de communication grand public est lancée au dernier trimestre 2023 en vue d'améliorer la notoriété de la C2S.

François-Emmanuel BLANC

*Directeur de la Caisse centrale
de la Mutualité sociale agricole*



Quatre ans après son entrée en vigueur, la C2S a connu plusieurs mesures de simplification visant à renforcer l'accès des personnes éligibles à ce dispositif, notamment les bénéficiaires de minima sociaux, et à en assouplir la gestion pour les organismes en charge de sa mise en œuvre.

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2022, les allocataires du RSA, bénéficient automatiquement de la C2S, et ce sans participation financière. Le renouvellement se fait automatiquement chaque année. A partir du 1^{er} avril 2022, les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées voient leur accès à la C2S facilitée.

À ce titre, la Mutualité sociale agricole s'est inscrite au Dispositif des Revenus Mensuels (DRM) et a fait évoluer son outil informatique de traitement des demandes de la C2S afin de récupérer depuis le DRM les montants des ressources nécessaires à l'étude de droit C2S. Cette simplification de démarche pour les demandeurs C2S est aussi mise en œuvre à travers le service en ligne de demande de la C2S de la MSA puisque les montants des ressources sont récupérés du DRM et pré-renseignés dans la demande C2S.

Particulièrement impliquée depuis plusieurs années dans l'amélioration de l'accès aux soins, la MSA participe activement au développement de ce dispositif dans les territoires ruraux dans lesquels réside la majorité de ses ressortissants.

Le guichet unique de la MSA est mobilisé pour déployer les politiques publiques de manière adaptée aux enjeux du monde agricole et répondre au besoin de proximité de la population agricole. Forte de ce statut d'interlocuteur unique, la MSA offre à ses ressortissants vulnérables un accompagnement social personnalisé avec les « Rendez-vous Prestations » qui leur permet de bénéficier de la plénitude de leurs droits.

En effet, la lutte contre le non-recours aux droits est pour la MSA un enjeu fondamental de prévention et de réduction des inégalités sociales. L'engagement permanent des élus et des salariés de la MSA permet à l'institution d'être à l'écoute des assurés et de répondre à leurs préoccupations dans un contexte de fortes demandes en matière de protection sociale, en raison notamment des crises sociales et sanitaires des dernières années.

SYNTHÈSE

La complémentaire santé solidaire (C2S) est une **couverture complémentaire financée par l'Assurance maladie**, destinée aux personnes disposant de faibles ressources, afin de réduire au maximum le coût de leurs dépenses de santé. Similaire à une complémentaire de droit commun, elle offre une protection élargie, qui garantit un accès optimal à des soins de qualité, sans reste-à-charge.

Entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2019, la C2S est issue de la fusion entre la couverture maladie universelle complémentaire (CMU) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ainsi la C2S est attribuée pour une durée d'un an :

- **Gratuitement** aux foyers dont les ressources sont inférieures à 810 € par mois pour une personne seule
- **En contrepartie d'une cotisation d'1 € par jour maximum** lorsque les ressources sont comprises entre 810 € et 1 093 €. Dans cette situation, la cotisation dépend de l'âge de chaque bénéficiaire au sein du foyer : de 8 € par mois pour les moins de 30 ans, jusqu'à 30 € pour les plus de 69 ans, soit des montants inférieurs aux tarifs pratiqués par les complémentaires privées.

Depuis 2019, les **effectifs** de la C2S poursuivent leur progression pour atteindre 7,4 millions de bénéficiaires en juin 2023 : 5,9 millions pour la C2S gratuite et 1,5 million pour la C2S avec participation financière. Les effectifs ont ainsi augmenté de 3,8 % entre décembre 2021 et décembre 2022. Cette évolution dynamique s'explique notamment par la mise en œuvre de mesures facilitant son attribution et les démarches des demandeurs telles que :

- L'attribution automatique de la C2S gratuite aux nouveaux allocataires du revenu de solidarité active ;
- Le partage automatisé de données relatives aux ressources via le Dispositif de ressources mensuelles (DRM) ;
- La présomption de droit à la C2S avec participation financière pour la plupart des nouveaux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Le **taux de recours** estimé pour l'ensemble du dispositif reste relativement stable entre 2020 et 2021 : un peu plus d'une personne éligible à la C2S sur deux aurait effectivement eu recours à cette prestation (55 % en 2020 contre 56 % en 2021). Le nombre de bénéficiaires de la C2S gratuite diminuant au même rythme que le nombre de personnes éligibles, le taux de recours est stable entre 2020 et 2021 (69 %). En 2021, le recours à la C2S avec participation financière connaît quant à lui une hausse importante (34 % après 29 % en 2020), qui repose sur une augmentation du nombre de bénéficiaires nettement supérieure à celle du nombre de personnes éligibles.

Les organismes gestionnaires de la C2S, régimes obligatoires d'assurance maladie et organismes complémentaires, ont engagé une **dépense** de 2,9 milliards d'euros en 2022, déduction faite des participations acquittées par certains bénéficiaires, en progression de 1,8 % par rapport à 2021. La **dépense moyenne annuelle** d'un bénéficiaire de la C2S est de 448 € pour l'ensemble des régimes et des organismes complémentaires gestionnaires. Elle se décline entre 428 € pour l'ensemble des régimes obligatoires (431 € pour la CNAM) et 592 € pour les OC.

1

QU'EST-CE QUE LA
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

QU'EST-CE QUE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ?

En quelques mots

La complémentaire santé solidaire (C2S) est un droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé pour les assurés disposant de faibles ressources. Elle remplace, depuis le 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Plus lisible, elle offre un accès à un panier de soins plus large que celui de la CMU-C et de l'ACS et garantit à ses bénéficiaires une prise en

charge de qualité pour un niveau de cotisation nul ou limité.

La C2S est attribuée, en fonction des ressources du foyer, à titre gratuit ou en contrepartie d'une contribution financière dont le montant dépend du nombre de personnes couvertes et de leur âge. Les montants des plafonds de ressources et les tarifs des contributions financières applicables sont présentés en **annexe I**.

Pourquoi souscrire une couverture santé complémentaire ?

En France, l'Assurance maladie (Sécurité sociale) est **obligatoire** et **universelle**, mais le plus souvent elle ne rembourse que partiellement les dépenses de santé. En effet, la Sécurité sociale fixe pour chaque acte médical des tarifs de base, ou tarifs conventionnés, auxquels sont appliqués des taux ou des forfaits de remboursement par l'Assurance maladie. Souscrire une complémentaire santé, individuelle ou d'entreprise, permet **de couvrir tout ou partie des frais restant à la charge de l'assuré**. Afin de réduire au maximum le coût de ses dépenses de santé, l'assuré a donc tout intérêt à disposer d'une couverture santé complémentaire.

Comment est géré le droit à la complémentaire santé solidaire ?

La C2S est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par sa caisse d'assurance maladie (caisse primaire d'assurance maladie, caisse de la Mutualité sociale agricole ou régime spécial), soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires. Ce choix intervient au moment de la demande et n'a aucune conséquence sur les garanties offertes à l'assuré.

Toutefois, à l'expiration du droit à la C2S, les personnes ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire peuvent prétendre pendant un an à un « contrat de sortie ». Ce contrat de complémentaire santé offre des garanties similaires à celles de la C2S à un tarif réglementé, plus avantageux qu'un contrat classique.

Quelles sont les garanties de la complémentaire santé solidaire ?

En plus du remboursement de la part complémentaire des frais de santé, la C2S offre des garanties importantes, que ne proposent pas nécessairement les organismes d'assurance

maladie complémentaire dans le cadre des autres contrats de complémentaire santé :

→ L'application du « 100 % santé » : les appareils auditifs, les prothèses dentaires et les lunettes de vue des paniers de soins

« 100 % santé » sont intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et la C2S, avec un panier de soins dentaire plus large que le « 100 % santé » pour les bénéficiaires de la C2S

- La prise en charge intégrale de nombreux matériels et équipements médicaux (pansements, cannes, déambulateurs, produits pour diabétiques...)
- En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures, la prise en charge du forfait journalier¹ sans limitation de durée
- Le tiers payant intégral : le patient n'avance aucun frais quand il se rend chez un professionnel de santé à condition de

présenter sa carte Vitale ou son attestation de droit

- La dispense du paiement de la participation forfaitaire de 1 €²
- La dispense du paiement de la franchise médicale³
- L'interdiction pour les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires⁴, sauf exigence particulière du patient (demande de rendez-vous en dehors des horaires de consultation du médecin par exemple)

Les garanties couvertes par la C2S sont disponibles sur le site internet du dispositif⁵.

Comment faire sa demande de complémentaire santé solidaire ?

Si l'assuré dispose d'un compte Ameli ou d'un espace privé sur msa.fr s'il relève du régime agricole, il peut faire sa demande en ligne. Elle est alors transmise à sa caisse d'Assurance maladie de rattachement.

Il est également possible de télécharger le formulaire de demande et de le déposer auprès de la caisse d'assurance maladie de rattachement. Une seule demande est

nécessaire pour l'ensemble des personnes composant le foyer.

La C2S est accordée pour une durée d'un an et doit être renouvelée chaque année. La demande de renouvellement doit intervenir entre 4 et 2 mois avant l'expiration du droit en cours.

Il est possible de vérifier son éligibilité à la C2S sur le simulateur du portail numérique « Mes droits sociaux »⁶.



¹ Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation.

² La participation forfaitaire de 1€ est la somme obligatoirement payée par le patient pour chaque acte médical ou consultation chez un médecin, y compris examens radiologiques et analyses de biologie médicale.

³ La franchise médicale est la somme obligatoirement payée par l'assuré ou déduite des remboursements

effectués par l'Assurance maladie sur les médicaments (0,50€), les actes paramédicaux (0,50€) et les transports sanitaires (2€).

⁴ Le dépassement d'honoraires, pour les professionnels de santé, consiste à appliquer des tarifs supérieurs aux tarifs conventionnés, établis par la Sécurité sociale et servant de référence pour la tarification des actes médicaux et leur remboursement.

⁵ www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/

⁶ www.mesdroitssociaux.gouv.fr/

Quels publics bénéficient d'un accès facilité à la complémentaire santé solidaire ?

Afin de favoriser le recours à la C2S de certains bénéficiaires de minima sociaux éligibles, les démarches sont simplifiées, voire automatisées, dans les cas de figure suivants :

REVENU DE SOLIDARITE ACTIVE

Le foyer demande le RSA :

- La C2S gratuite est attribuée automatiquement, sauf opposition du demandeur. Le droit est ouvert dès la demande de RSA : d'abord pour une durée de trois mois, dans l'attente de la confirmation de l'attribution du RSA, puis il est prolongé automatiquement de neuf mois si cette confirmation est obtenue.

Le foyer est déjà bénéficiaire du RSA :

- Il a droit à la C2S gratuite. L'allocataire peut la demander à tout moment sans avoir à déclarer ses ressources : il doit seulement renseigner les informations concernant la composition de son foyer et choisir la caisse d'assurance maladie ou l'organisme complémentaire gestionnaire de son contrat.
- Le renouvellement annuel est automatique tant que le foyer bénéficie du RSA.

ALLOCATION DE SOLIDARITÉ AUX PERSONNES ÂGÉES

L'assuré ou le couple demande l'ASPA :

- Il bénéficie d'une présomption de droit à la C2S avec participation financière, sauf s'il a travaillé au cours des trois mois précédant sa demande de C2S.
- Une fois l'ASPA accordée, sa caisse d'assurance maladie lui transmet un formulaire de demande de C2S simplifié. Il peut alors effectuer sa demande sans déclarer ses ressources : il doit seulement renseigner les informations concernant la composition de son foyer et choisir la caisse d'assurance maladie ou l'organisme complémentaire gestionnaire de son contrat.

L'assuré ou le couple est déjà bénéficiaire de l'ASPA :

- Il bénéficie d'une présomption de droit à la C2S dans les mêmes conditions lorsqu'il décide d'effectuer sa demande auprès de sa caisse d'assurance maladie.
- Le renouvellement du droit à la C2S avec participation financière est automatique tant que la situation du foyer n'a pas changé.

À noter : La C2S est peu coûteuse pour les personnes de plus de 65 ans puisque la participation financière s'élève à 30 € maximum par mois par personne contre 111 € en moyenne pour des complémentaires classiques (données DREES, 2016).

Chiffres clés

7,4 millions
de personnes couvertes

C2S gratuite
5,9 millions

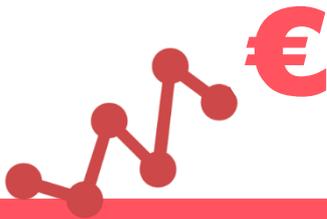
C2S avec participation
1,5 million



42 % de bénéficiaires C2SG
ont moins de 20 ans



35 % de bénéficiaires C2SP
ont plus de 60 ans



2,9 Mds € de dépense nette

*en progression de 1,8 %
par rapport à 2021*

7



Dépense moyenne

428 € assurance maladie
592 € organismes complémentaires

8

⁷ La dépense nette correspond à la dépense globale minorée des contributions acquittées par les bénéficiaires de la C2S avec contribution financière.

⁸ La différence s'explique en grande partie par la structure d'âge plus élevée des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation financière, qui sont les contrats principalement gérés par les organismes complémentaires.

2

L'ECOSYSTEME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

L'ÉCOSYSTEME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

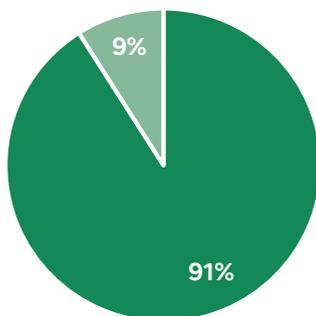
I. LA GESTION DES CONTRATS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

A. La répartition de la gestion des contrats entre les régimes obligatoires et les organismes complémentaires

La complémentaire santé solidaire (C2S) peut être gérée par la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré ou par un organisme complémentaire habilité à le faire et inscrit sur une liste dédiée. Quel que soit le choix de l'assuré, les garanties offertes sont identiques. Toutefois, à l'expiration du droit à la C2S, les personnes ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire peuvent prétendre pendant un an à un contrat de complémentaire santé offrant des garanties similaires à celles de la C2S à un tarif réglementé : le contrat de sortie.

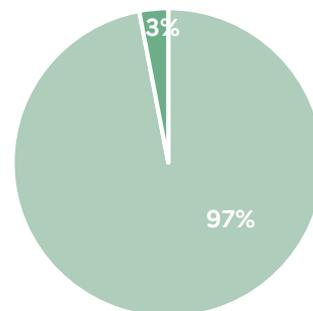
Les régimes obligatoires d'assurance maladie gèrent 91 % des bénéficiaires de la C2S : 95 % des bénéficiaires de la C2S gratuite et 75 % des bénéficiaires de la C2S avec participation. Pour autant, les organismes complémentaires jouent un rôle non négligeable dans la gestion de la C2S puisqu'ils couvrent 694 000 bénéficiaires fin 2023, soit 9 % des effectifs. Il s'agit majoritairement de mutuelles et dans une moindre mesure de sociétés d'assurance. Aucune institution de prévoyance n'est gestionnaire de la C2S à ce jour.

Répartition de la gestion des bénéficiaires



■ Régimes obligatoires ■ Organismes complémentaires

Nature des organismes complémentaires gestionnaires



■ Mutuelles ■ Assurances

B. L'inscription des organismes complémentaires pour la gestion de la complémentaire santé solidaire

Les organismes complémentaires souhaitant participer à la gestion de la C2S doivent s'inscrire en remplissant une déclaration de participation au dispositif. Cette déclaration⁹ rappelle les engagements de l'organisme complémentaire, la liste des informations qu'il

est tenu de communiquer et les dispositions juridiques relatives au dispositif. Une campagne annuelle de mise à jour des informations des organismes complémentaires permet une gestion optimale de la liste.

⁹ Téléchargeable sur le site internet de la C2S : www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/

Les organismes complémentaires déjà inscrits sur la liste et qui souhaitent continuer de gérer la C2S n'ont pas de démarche à entreprendre : la reconduction est automatique. A l'inverse, ils doivent signaler avant le 1^{er} novembre de l'année en cours leur souhait de se désengager pour les contrats attribués à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante. Par exemple, si le 15 octobre 2023 un organisme complémentaire annonce à la Direction de la sécurité sociale (DSS) son souhait de sortir du dispositif pour l'année suivante, il sera retiré de la liste des organismes complémentaires gestionnaires au 1^{er} janvier 2024, et ne gèrera plus de nouveaux contrats de C2S à compter de cette date. Néanmoins, l'organisme complémentaire sortant est tenu d'accepter des nouveaux bénéficiaires de la C2S jusqu'au 31 décembre 2023 (inclus).

C. La gestion des contrats de sortie par les organismes complémentaires

Les contrats de sortie ont été introduits par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 dans l'objectif d'atténuer l'effet de seuil lié à la sortie du droit à la complémentaire santé solidaire. A l'expiration d'un droit à la C2S et dans le cas où celui-ci ne peut pas être renouvelé parce que les ressources du demandeur excèdent les plafonds applicables, les organismes complémentaires gestionnaires de la C2S sont tenus de proposer aux assurés concernés un contrat de sortie pour une durée d'un an.

Les organismes complémentaires sont libres de choisir le contrat qu'ils proposent aux assurés, à condition que ce contrat de sortie respecte deux conditions cumulatives : être « responsable » (ce qui inclut la prise en charge du ticket modérateur sur tous les actes remboursés par l'assurance maladie obligatoire, la prise en charge du « panier 100% santé » et du forfait journalier hospitalier) et être proposé à des tarifs préférentiels fixés par arrêté (allant de 16 € par mois pour les moins de 30 ans, à 60 € pour les plus de 69 ans).

Une enquête conduite par la DSS portant sur un tiers des organismes complémentaires gestionnaires a permis de constater que le recours aux contrats de sortie avait

En 2023, 90 organismes complémentaires sont inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la C2S, contre 98 en 2022. La part des organismes complémentaires volontaires pour gérer la C2S est de 21 % parmi l'ensemble des organismes complémentaires actifs redevables de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) en 2023.

Pour l'année 2023, par rapport à l'année 2022, il a été comptabilisé :

- 2 inscriptions ;
- 8 retraits volontaires ;
- 2 suppressions résultant d'une fusion-absorption par un troisième organisme lui-même gestionnaire de la C2S.

sensiblement augmenté entre 2020 et 2022. En 2021 et au premier semestre 2022, ce taux de recours oscillait entre 7,7% et 10,2% (couvrant entre 24 500 et 32 500 bénéficiaires environ), contre 2,5% en 2020, témoignant de la montée en charge du dispositif.

En dépit d'une bonne appropriation du dispositif par les organismes complémentaires, le contrat de sortie souffre d'un déficit d'attractivité chez les assurés. En effet, la très grande majorité des OC (88%) proposent systématiquement le contrat de sortie à l'assuré. Ils respectent ainsi leur obligation légale prévue à l'article L. 861-12 du code de la sécurité sociale.

Pour autant, les anciens bénéficiaires C2S ne souscrivant pas à un contrat de sortie sont obligés d'adhérer à leur contrat collectif d'entreprise (le contrat de sortie ne constitue pas une dispense à l'obligation d'adhérer aux contrats collectifs d'entreprise) ou préfèrent se tourner vers un autre contrat de complémentaire individuel. Ce non-recours résulte ainsi principalement :

- De tarifs trop élevés pour les assurés (46% des répondants), en particulier les anciens bénéficiaires de la C2S gratuite, qui

subissent un fort effet de seuil en perdant le droit à la C2S ;

- D'un panier de soins et d'une couverture insuffisantes (34% des répondants), au regard notamment de l'ancienne C2S, plus protectrice, ou des autres contrats de complémentaire santé.

- D'une méconnaissance du dispositif chez les assurés (20% des répondants). En effet, malgré l'effort de communication déployé par les organismes complémentaires en cas de non-renouvellement de C2S, il peut subsister chez l'assuré un manque de compréhension du contrat de sortie.

II. LES ACTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE POUR FAVORISER L'ACCES ET LE RECOURS AUX SOINS

A. La Mission Accompagnement Santé et les partenariats développés par les caisses de sécurité sociale

Présente dans chacune des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), la Mission Accompagnement Santé (MISAS) a deux missions :

- Accompagner les assurés rencontrant des difficultés d'accès aux droits ou aux soins (situation financière et familiale, mobilité, handicap, numérique...) en fonction des spécificités et de l'organisation locale de la CPAM.
- Orienter les personnes dont la situation sociale est complexe vers le service social de l'Assurance maladie.

La MISAS constitue un point d'entrée unique quel que soit le mode de détection de l'assuré. Cette détection peut relever d'une approche populationnelle consistant en des actions d'aller-vers en direction de publics aux besoins spécifiques : personnes en situation de handicap, travailleurs indépendants, personnes âgées, jeunes... L'approche peut aussi être thématique (non-recours aux droits, renoncement aux soins, éloignement du numérique...) et s'appuyer sur des détecteurs internes, tels que les services de la CPAM ou les services sociaux et médicaux de l'Assurance maladie, ou sur des partenaires¹⁰.



Les MISAS procèdent à un bilan des droits auxquels peuvent prétendre les assurés détectés et, le cas échéant, leur proposent un

accompagnement adapté à leurs besoins de soins. En plus de promouvoir des actions de prévention en santé et d'offrir un

¹⁰ Secours catholique français, Restos du cœur, Emmaüs France, Croix-Rouge française, France Terre d'asile, APF France handicap, Convergence, CNAF, Pôle emploi, enseignement supérieur, ADOMA, Fédération nationale de

la Mutualité Française, Union Nationale des Associations Familiales, Union nationale des centres communaux d'action sociale.

accompagnement numérique, les MISAS peuvent également orienter l'assuré vers d'autres services de l'Assurance maladie, notamment le service social, ou vers des partenaires externes lorsque des besoins spécifiques sont identifiés.

Les MISAS ont pour objectif que chacun dispose des droits auxquels il peut prétendre, connaisse et comprenne mieux le système de santé, trouve des solutions concrètes à ses

difficultés et renforce son autonomie dans la prise en charge de sa santé.

Le nombre d'accompagnements aux soins prodigué par les MISAS (renoncement ou difficultés d'accès aux soins) a augmenté de 21% en 2022 par rapport à 2021. Avec les détections portant sur des problématiques d'inclusion numérique et d'accès au droit, le nombre d'accompagnements entre 2021 et 2022 a progressé de 44%.

	Accompagnements aux soins	Accompagnements aux droits ou au numérique	Total accompagnements
2020	57 372	-	57 372
2021	81 541 (+ 42%)	59 473	141 014 (+146%)
2022	98 568 (+ 21%)	104 249	202 817 (+44%)

Une offre de service en lien avec les services de l'Assurance maladie selon les besoins de l'assuré

Les services de l'Assurance maladie mobilisés¹¹



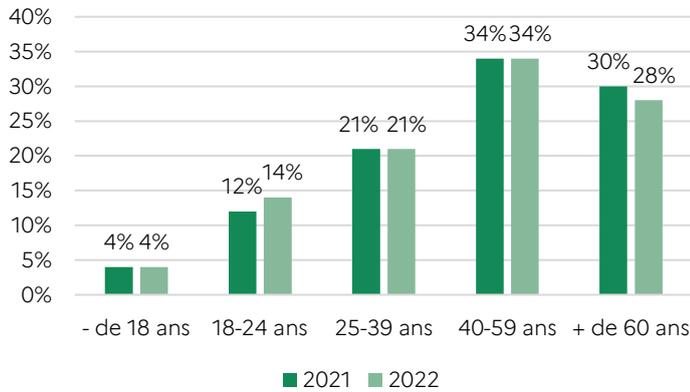
Afin de renforcer les partenariats entre caisses de sécurité sociale, les services sociaux et les associations, plusieurs conventions ont été signées par l'Assurance maladie avec une poursuite d'objectifs en commun, visant notamment à accompagner les publics cibles dans leurs recours aux droits et aux soins. Le conventionnement a d'abord lieu à un niveau national, entre la CNAM et le siège du partenaire. Par la suite, il est déployé au sein de

chaque caisse locale par une convention équivalente. Des comités de pilotage nationaux organisés annuellement permettent de réaliser des bilans de la collaboration, mais aussi d'envisager des pistes de développement pour l'année à venir. Ils permettent également d'assurer le suivi de la montée en charge de la collaboration sur l'accès aux droits et aux soins dans les territoires.

¹¹ PS : Professionnels de Santé ; UGECAM : Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie ; Prado : Service de retour à domicile après hospitalisation.

Le profil des personnes accompagnées par les MISAS

Tranche d'âge des assurés



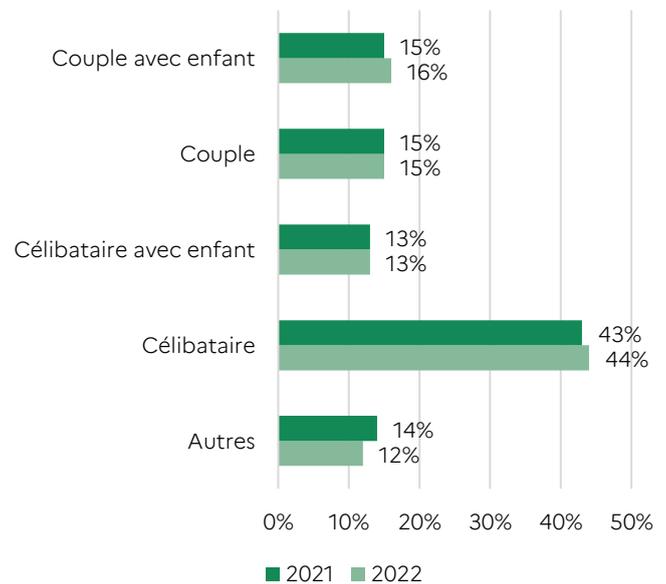
Les personnes accompagnées par les MISAS en 2022 constituent un public un peu plus jeune que l'année précédente (39% ont moins de 40 ans contre 37% en 2021 même si la tranche des 40-59 ans reste la plus représentée) et plus souvent en activité professionnelle (32% contre 27% en 2021). Les femmes restent majoritaires parmi les personnes accompagnées (55% en 2022 contre 54 en 2021).

Les assurés accompagnés par les MISAS vivent le plus souvent seuls (44 % en 2022 contre 43 % en 2021) et les foyers monoparentaux restent surreprésentés par rapport à l'échelle nationale (13 % contre 9,5 % France entière).

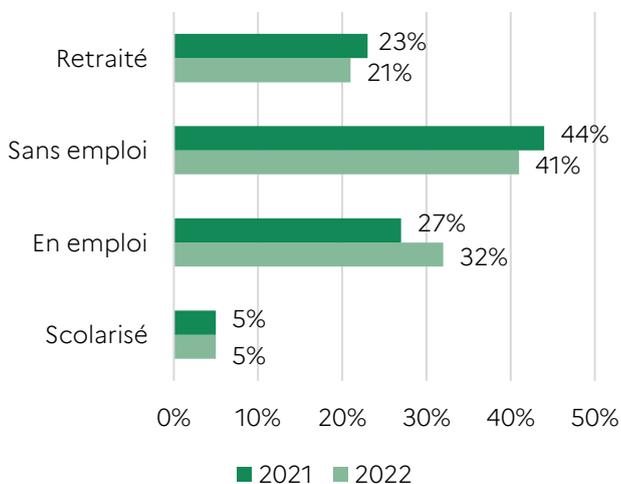
Si 41 % des personnes accompagnées sont sans emploi, la part des assurés en emploi (salarié, travailleur indépendant) s'accroît en 2022 (32 %, soit + 5 points par rapport à 2021), poursuivant l'évolution débutée en 2021 (+ 3 points par rapport à 2020).

En 2022, et dans les mêmes proportions qu'observées en 2021, les MISAS ont accueilli un public plus souvent couvert par une complémentaire santé au moment de l'entrée

Situation familiale des assurés



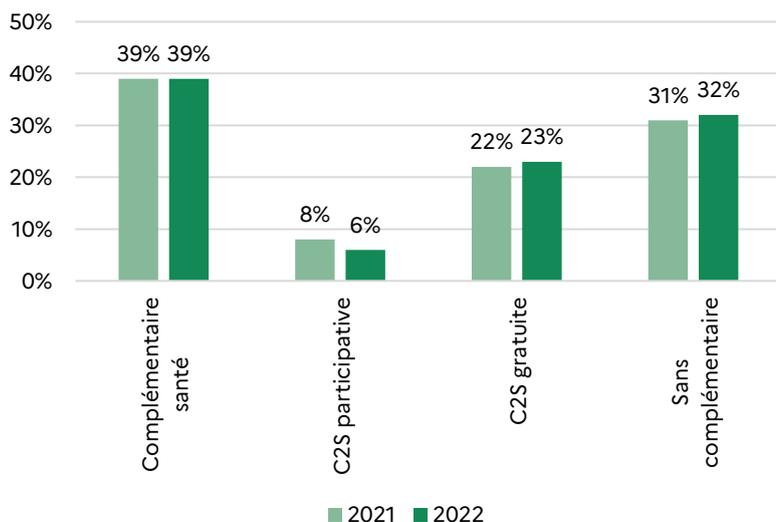
Situation professionnelle des assurés



en accompagnement : 31 % des assurés pris en charge par les MISAS ne disposent pas de protection complémentaire.

Concernant les raisons de l'accompagnement des assurés par les MISAS, les renoncements aux soins constituent des motifs récurrents, en particulier les renoncements portant sur des consultations de généralistes qui sont en forte hausse (+14 points entre 2021 et 2022 et +5 points entre 2020 et 2021).

Statut assurantiel des assurés



Les causes de renoncement aux soins en 2022 restent principalement liées à un motif financier (reste à charge, avance des frais), même si on note une forte diminution par rapport à 2021 (37% en 2022 contre 49,6 % en 2021) Cette baisse significative est sans doute en lien avec la mise en place du 100% santé sur les volets dentaire, optique et audiologie.

Les motifs liés au refus d'un praticien augmentent de 3 points entre 2021 et 2022 (8% à 11%), reflétant notamment des difficultés importantes d'accès à un médecin traitant.

B. Les services de l'action sanitaire et sociale des CPAM

Les aides financières accordées aux assurés précaires

Les services d'action sanitaire et sociale allouent des aides financières sous certaines conditions aux assurés, en cas de dépenses ou de difficultés liées à un état de maladie, de handicap ou à la suite d'un accident. Une commission détermine la nature des aides, fixe un plafond de ressources ainsi que les modalités d'intervention et les barèmes d'aide opposables.

L'action sanitaire et sociale des CPAM en lien avec la complémentaire santé solidaire

L'action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie au titre de la C2S prend plusieurs formes et concerne majoritairement des personnes retraitées ou isolées. Une enquête sur les aides accordées et portant sur 99 CPAM a permis de déterminer que :

- 92 % des CPAM ont versé des aides pour compenser l'effet de seuil induit par les plafonds de ressources de la C2S avec et sans participation (93% en 2021). 66 142 aides ont été attribuées en 2022 (61 970 en 2021)
- 68 % des CPAM déclarent avoir pris en charge en tout ou partie la part

contributive de la C2S (autant qu'en 2021). 13 444 aides ont été attribuées en 2022 (7 168 en 2021)

- 66 % des CPAM ont pris en charge le ticket modérateur sur la période rétroactive entre la demande de C2S et l'ouverture des droits pour des bénéficiaires de la C2S avec participation ayant eu besoin de soins lourds (66 % également en 2021), au-delà de la possibilité d'une ouverture de droits rétroactive de deux mois lorsque la situation de l'assuré le justifie. Cette prise en charge a concerné 2 059 bénéficiaires en 2022 (2 528 en 2021).
- 76,8% des CPAM ont pris en charge des incidents et retards de paiements relatifs à la part contributive de la C2S (64 % en 2021). 2 824 personnes ont bénéficié de cette aide en 2022 (1525 en 2021).

Dans le cadre de la montée en charge du « 100 % santé », les organismes répondants ont majoritairement constaté une diminution des demandes de prise en charge :

- Dentaire : 81,8 % (81,4 % en 2021) ;
- Optique : 89,9 % (85,6 % en 2021) ;
- Audiologie : 93,9 % (96 % en 2021).

Evolution en nombre et en montants des aides individuelles versées dans le cadre du dentaire, de l'optique et de l'audiologie depuis 2018

	Evolution 2018/2019	Evolution 2019/2020	Evolution 2020/2021	Evolution 2021/2022
Nombre	+ 8,86%	- 44,8%	- 17%	- 4,6%
Montant	+ 3,48%	- 34,8%	- 14%	- 3,3%

	Evolution 2018/2019	Evolution 2019/2020	Evolution 2020/2021	Evolution 2021/2022
Nombre	+ 15%	- 71%	- 27%	- 6,3%
Montant	+ 16%	- 66%	- 7%	+ 7,7%

	Evolution 2018/2019	Evolution 2019/2020	Evolution 2020/2021	Evolution 2021/2022
Nombre	+ 8%	- 48%	- 62%	- 22,3%
Montant	- 1%	- 53%	- 61%	- 3%

III. LA GOUVERNANCE NATIONALE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

A. Le comité de suivi et le comité technique

Le **comité de suivi** constitue l'instance stratégique de pilotage national de la complémentaire santé solidaire. Ce comité réunit au moins deux fois par an des représentants d'associations disposant d'un ancrage national et d'un maillage territorial important, de fédérations d'organismes complémentaires, d'organismes d'assurance maladie obligatoire, ainsi que de l'administration.

Les principaux objectifs du comité de suivi sont :

- D'assurer un suivi global du dispositif ;
- De proposer une plateforme d'échange sur les réformes et les évolutions du dispositif ;
- De présenter les données disponibles sur les effectifs de bénéficiaires et sur la dépense ;

- De recueillir l'avis des membres sur le programme d'études relatives au dispositif.

Les comités de suivi de l'année 2023 ont eu lieu le 10 janvier et le 4 octobre. A partir de 2024, le comité de suivi se réunira une fois dans l'année.

Les **comités techniques** réunissent, aux côtés du ministère de la santé (direction de la sécurité sociale), la CNAM, la CCMSA, et l'URSSAF-Caisse nationale afin de discuter des implications techniques et informatiques de la mise en œuvre du dispositif, ainsi que du cadre juridique applicable. Ces comités sont aussi l'instance privilégiée d'échanges sur la méthodologie du suivi statistique de la C2S.

Les comités techniques de l'année 2023 ont eu lieu le 9 mars et le 22 juin.

B. La réunion mensuelle de la CNAM avec les partenaires associatifs et les acteurs de terrain

Depuis 2021, la CNAM et le ministère de la santé animent conjointement un comité associatif annuel réunissant près de 70 structures

intervenant dans le champ de l'action sanitaire et sociale.

Cette instance, qui s'est réunie pour la dernière fois le 21 septembre 2022, constitue un lieu d'information direct des partenaires, mais aussi une plateforme d'échanges et de retours d'expérience sur les difficultés d'accès à la C2S, les situations de non-recours et la mise en œuvre quotidienne du dispositif.

Elle est ainsi un vecteur d'évaluation et d'amélioration continue du dispositif et de son cadre juridique.

C. Les travaux de recherche

La Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) copilotent un budget annuel de 200 000 euros dédié au financement de travaux de recherche relatifs à l'accès aux soins des populations précaires et à la C2S, dans une optique d'amélioration continue du dispositif.

Les études réalisées en 2022 :

- Etude qualitative portant sur les raisons du recours et du non recours à la C2S (ASDO-Etudes)
- Testing relatif au refus de soins subis par les bénéficiaires de la C2S et de l'aide

D. La stratégie de communication

La communication de l'Etat

La direction du numérique des ministères sociaux (DNUM) et la DSS copilotent un projet de refonte du site internet de la C2S dont l'échéance est prévue au 1^{er} avril 2024. Ce projet vise à :

- moderniser le site et améliorer l'expérience utilisateur pour le grand public et les organismes complémentaires qui disposent d'un accès privé
- créer une newsletter automatisée et mettre en place un module de *datavisualisation* accessible à tout moment qui remplaceront la revue trimestrielle
- faciliter la mise à jour et la transmission de la liste des organismes complémentaires,

Depuis 2023, le comité associatif change de format mais ses prérogatives demeurent : il est absorbé par la réunion « partenaires » mensuelle de la CNAM, afin d'informer au fil de l'eau des dernières évolutions du dispositif. La réunion du mois d'octobre a permis, quant à elle, de faire le point sur les mesures dédiées à la C2S, inscrites au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

médicale d'Etat (Institut des politiques publiques)

- Recherche-action sur la simplification des démarches relatives à la C2S (élèves de l'EN3S)

Leurs résultats feront l'objet d'une synthèse dans le rapport d'évaluation quadriennal de la loi n°99-641, modifiée par la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018, portant sur la C2S.

En 2024, deux nouvelles études seront conduites pour apprécier le rapport des étudiants et des retraités à la couverture santé et à la C2S.

de leurs points d'accueil et de leurs référents

- constituer un espace dédié à la remontée d'informations de la part des caisses et des organismes complémentaires gestionnaires

Le site internet doit ainsi demeurer la référence sur la C2S avec des informations générales et des redirections vers les sites permettant d'effectuer une demande ou une simulation (Ameli, Portail national des droits sociaux), ainsi qu'un accès à la législation, aux rapports, aux études et aux données statistiques les plus récents.

Les campagnes de communication de la CNAM auprès du grand public

Dans un souci permanent de lutte contre le non-recours, deux campagnes de communication ont été lancées afin d'améliorer la notoriété de la C2S qui reste encore méconnue d'une part non négligeable de personnes éligibles.

En novembre 2022, une communication en radio et sur les réseaux sociaux en métropole et dans les départements et régions d'Outre-mer a permis de rappeler les bénéfices de l'aide aux personnes aux revenus modestes, en particulier les demandeurs d'emplois, les jeunes de 18 à 25 ans, les familles et les travailleurs à bas revenus. 70% d'entre eux ont ainsi eu jusqu'à 11 occasions d'entendre à la radio l'un des deux spots de la campagne. Par ailleurs, 9,8 millions d'utilisateurs de Facebook et d'Instagram ont vu cette campagne au moins deux fois et 2,2 millions d'utilisateurs de Snapchat l'ont vue en moyenne sept fois.

En complément, différents partenariats éditoriaux avec le média social *Loopsider* et les sites d'information *20 minutes*, *Merci pour l'info* et *parents.fr* ont permis de présenter la C2S en détail et de valoriser ses différents bénéfices, notamment financiers. 31 000 visites ont été enregistrées sur l'article *20 minutes* pour un temps de lecture d'environ deux minutes. La vidéo témoignage réalisée par *Loopsider* a été vue 218 000 fois et a engendrée près de 125 000 interactions sur Facebook et Instagram, ainsi que 212 000 spectateurs uniques sur Snapchat.

27 millions d'assurés, destinataires de l'E-news « ameli&vous » ont également pu consulter l'article rappelant en quoi la C2S pouvait être

une aide précieuse pour faire face aux dépenses de santé.

Au cours des deux mois de campagne (novembre, décembre), l'article d'information sur ameli.fr a reçu plus de 625 000 visites et l'article renvoyant vers le simulateur de droits plus de 173 000 visites.

Un post-test mené en décembre 2022 a enfin pu démontrer que la campagne avait été très appréciée et jugée claire, explicite et convaincante : 80% des éligibles sont incités à faire la simulation sur ameli.fr et 76% ont l'intention d'en faire la demande.

La campagne de communication a été reconduite en novembre 2023 dans le même objectif d'inciter les assurés à vérifier leur éligibilité, notamment ceux qui ne pensent pas y avoir droit car ils disposent déjà d'une complémentaire ou sont salariés.

Cette campagne s'appuiera sur les supports de communication existants, déjà éprouvés en 2022, mettant en avant les bénéfices de cette aide (le tiers payant intégral, une participation financière nulle ou modérée suivant les ressources et l'âge) et renvoyant vers ameli.fr pour effectuer une simulation.

La communication s'est installée en radio, sur les réseaux sociaux du 6 novembre au 3 décembre et a été également visible sur les médias *Loopsider* et *20 minutes*. Un relais sur les médias propriétaires de l'Assurance maladie (*ameli&vous*, *ameli.fr*, *@Assu_Maladie*) a été également assuré.

Les actions de communication de la MSA

La MSA communique régulièrement sur la C2S dans ses canaux propriétaires : en agence via les écrans vidéo d'information, sur les 36 sites internet, sur les réseaux sociaux (Twitter et Facebook), au niveau local, et par la newsletter nationale volet particuliers. Depuis plus de

deux ans, la MSA valorise les démarches de recours aux droits par cible (jeunes, retraités, malades, famille et demandeurs d'emplois). La C2S est un droit que la MSA met fortement en avant et qui a fait l'objet en 2023 encore d'une nouvelle campagne.

IV. LES ÉVOLUTIONS RECENTES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

A. Des simplifications pour les démarches de l'ensemble des assurés

1. La modernisation des modalités de prise en compte des ressources pour l'instruction des demandes grâce au dispositif de ressources mensuelles

Le dispositif de ressources mensuelles (DRM) permet aux organismes de sécurité sociale d'obtenir directement auprès d'autres administrations ou organismes des informations sur la nature et le montant des revenus d'activité salariée et des prestations sociales versés aux assurés. Ce dispositif permet de simplifier et fiabiliser les démarches des assurés qui n'ont plus à déclarer le détail de ces ressources, ainsi que d'alléger la charge administrative de gestion et les coûts associés pour les caisses d'assurance maladie.

Le DRM est utilisé pour les demandes de C2S depuis 2022. Il a nécessité quelques adaptations dans les modalités de prise en compte des ressources : modification de la période de référence pour la prise en compte des ressources, notamment pour les revenus d'activité salariée et les prestations sociales (du

treizième mois au deuxième mois civil précédant le mois de la demande) ; modification de la période de référence des ressources prises en compte pour les travailleurs indépendants et les non-salariés agricoles (dernier avis d'imposition connu) ; prise en compte de la contribution patronale pour l'acquisition d'une complémentaire santé.

Cependant, malgré l'utilisation du DRM, quelques ressources sont encore déclarées à la main lors de la demande de C2S, comme les pensions alimentaires. D'ici à 2025, il est prévu que l'Assurance maladie récupère automatiquement auprès de l'administration fiscale certaines de ces ressources manquantes, ce qui permettra d'alléger les démarches des assurés et de poursuivre l'effort de simplification entamé depuis 2022.

2. Des conditions d'accès à la complémentaire santé solidaire facilitées pour certains allocataires

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoit que de nouveaux allocataires bénéficient d'une présomption de droits à la C2S avec participation financière, au même titre que certains bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) :

- A compter du 1^{er} juillet 2024, les bénéficiaires de **l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)**, seuls ou en couple et n'ayant pas exercé d'activité professionnelle pendant une période de référence précédant la demande de C2S ;
- A compter du 1^{er} juillet 2025, les bénéficiaires de **l'allocation aux adultes handicapés (AAH)** versée à taux plein ou en complément d'une pension d'invalidité, de vieillesse ou d'une rente d'accident du travail, vivant seuls, sans enfant à charge, et n'ayant pas exercé

d'activité professionnelle pendant une période de référence précédant la demande de C2S ;

- A compter du 1^{er} juillet 2026, les bénéficiaires de **l'allocation de solidarité spécifique (ASS)** vivant seuls et sans enfant à charge ainsi que les bénéficiaires de **l'allocation du contrat d'engagement jeune (CEJ)** dont le foyer fiscal n'est pas imposable à l'impôt sur le revenu.

Les bases ressources de ces allocations et celle de la C2S étant différentes, les conditions assorties à chacune de ces allocations permettent de s'assurer que leurs bénéficiaires ne dépassent pas les plafonds de ressources de la C2S avec participation.

Ainsi lorsque l'une de ces allocations sera attribuée, les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires gestionnaires de la C2S transmettront aux nouveaux

bénéficiaires l'ensemble des documents permettant de devenir bénéficiaire du dispositif. S'ils consentent à payer la participation financière, ils obtiendront la C2S sans que leurs ressources ne soient examinées. S'ils estiment être éligibles à la C2S gratuite, ils conserveront la possibilité de renseigner leurs

ressources auprès de leur caisse d'assurance maladie.

A plus long terme, la demande de C2S pourra être directement intégrée à la demande des allocations concernées afin de simplifier encore les démarches des assurés.

3. L'exclusion de certaines allocations des ressources prises en compte pour l'examen du droit

Les allocations de reconnaissance et viagère servies aux harkis et à leurs veuves, ainsi que l'allocation versée aux jeunes bénéficiant d'un

contrat d'engagement jeune¹² ne sont désormais plus prises en compte dans la base ressource de la C2S.

B. Un accès aux soins facilité pour les populations en situation de précarité

1. La mise en place de la complémentaire santé solidaire à Mayotte

Les assurés mahorais disposant de faibles revenus bénéficient, depuis mai 2019, d'une exonération de ticket modérateur¹³ sur leurs soins de ville. Au 31 août 2023, cette exonération concerne environ 85 000 assurés et ayants droit, soit 41 % des bénéficiaires de la couverture maladie de base à Mayotte.

Afin de concourir à la convergence des droits sociaux à Mayotte, cette exonération du ticket modérateur sera remplacée par la C2S à compter du 1^{er} janvier 2024. Les assurés du régime d'assurance maladie de Mayotte bénéficieront ainsi, lorsqu'ils ouvrent droit à ce dispositif, des mêmes conditions de prise en

charge que les autres bénéficiaires en France, ainsi que des plafonds de revenus applicables en Outre-mer¹⁴. Par ailleurs, contrairement à l'exonération du ticket modérateur, la C2S est applicable dans les autres départements ultramarins et en métropole, ce qui simplifiera grandement la prise en charge des frais de santé des assurés mahorais lors d'évacuations sanitaires.

En plus des bénéficiaires actuels de l'exonération de ticket modérateur, on estime qu'environ 20 000 personnes supplémentaires seront couvertes par la C2S.

2. La prise en charge des protections périodiques réutilisables pour les femmes de moins de 26 ans

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 crée un cadre de prise en charge spécifique des protections périodiques réutilisables pour les femmes âgées de moins de 26 ans ou bénéficiaires de la C2S, à partir de 2024. En effet, la précarité menstruelle est encore une réalité pour un grand nombre de personnes, notamment les plus jeunes : d'après les derniers sondages, 44% des jeunes femmes

de 18 à 24 ans seraient concernées (contre 31% des femmes menstruées de 18 à 50 ans).

La pauvreté amène parfois certaines femmes à prendre des risques pour leur santé en portant leurs protections plus longtemps que ce qui est recommandé. Par ailleurs, la majorité des protections hygiéniques utilisées sont des protections jetables, source de pollutions environnementales. Si une partie des femmes

¹² Décret n° 2023-671 du 27 juillet 2023 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

¹³ Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part.

¹⁴ Voir les plafonds applicables en annexe I.

souhaite utiliser des protections plus respectueuses de l'environnement et de leur santé, leur coût plus élevé peut constituer un frein à l'achat de ces dispositifs.

Certaines protections périodiques réutilisables pourront donc être remboursées afin de répondre à ce triple enjeu de solidarité, de santé publique et de sobriété écologique.

3. L'accès aux soins des personnes en provenance d'Ukraine

Dans le cadre du conflit russo-ukrainien, et compte-tenu de l'urgence et de la précarité de la situation de ces personnes, le Gouvernement a pris plusieurs mesures pour permettre aux déplacés ukrainiens d'accéder aux soins dès leur arrivée sur le territoire français.

La protection universelle maladie et la C2S peuvent ainsi être accordées sans délai aux personnes en provenance d'Ukraine ayant obtenu le bénéfice de la protection temporaire mise en place en application de la directive 2001/55/CE. La protection temporaire accordée aux Ukrainiens est prolongée jusqu'au

3 mars 2024 et devrait l'être à nouveau jusqu'au 4 mars 2025¹⁵. Au 29 septembre 2023, 118 522 personnes ont des droits ouverts à la protection maladie universelle et à la complémentaire santé solidaire, leur permettant un accès complet et gratuit aux soins.

Afin de simplifier les démarches et d'accélérer l'ouverture de droits à ces personnes, la plupart des territoires ont mis en place des échanges d'informations dématérialisés, entre les préfectures et les caisses d'assurance maladie.

Les modalités de prise en charge sont présentées dans le livret d'accueil en France pour les déplacés d'Ukraine, disponible sur le site du ministère de l'Intérieur, et sont détaillées sur le site de l'Assurance maladie, en langues française et ukrainienne.

¹⁵ Le 4 mars 2022, le Conseil de l'Union européenne a adopté la décision d'exécution 2022/382 et activé la directive sur la protection temporaire. Conformément à son article 4, la protection temporaire a été automatiquement prolongée jusqu'au 3 mars 2024. Par une

décision d'exécution du 19 septembre 2023, le Conseil a proposé de prolonger la protection temporaire jusqu'au 3 mars 2025. Cette proposition doit être adoptée à la majorité qualifiée par les Etats membres.

3

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

LE SUIVI DES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

I. LES EFFECTIFS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Les régimes obligatoires et les organismes complémentaires (OC) d'assurance maladie fournissent des données mensuelles ou trimestrielles, qui permettent de suivre l'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite (C2SG) et de la complémentaire santé solidaire participative (C2SP). Les évolutions à la hausse ou à la baisse du nombre de bénéficiaires

de la C2S (C2SG et C2SP) sont étroitement liées aux évolutions des nombres d'attributaires des différents minima sociaux. Elles sont également liées aux mesures prises pour faciliter l'accès à la C2S qui peuvent contribuer à augmenter le nombre de bénéficiaires pendant les mois qui suivent leur mise en place.

A. L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite et avec participation

Fin décembre 2022, 7,39 millions de personnes bénéficient de la C2S¹⁶, dont 80 % bénéficient de la C2SG et 20 % de la C2SP.

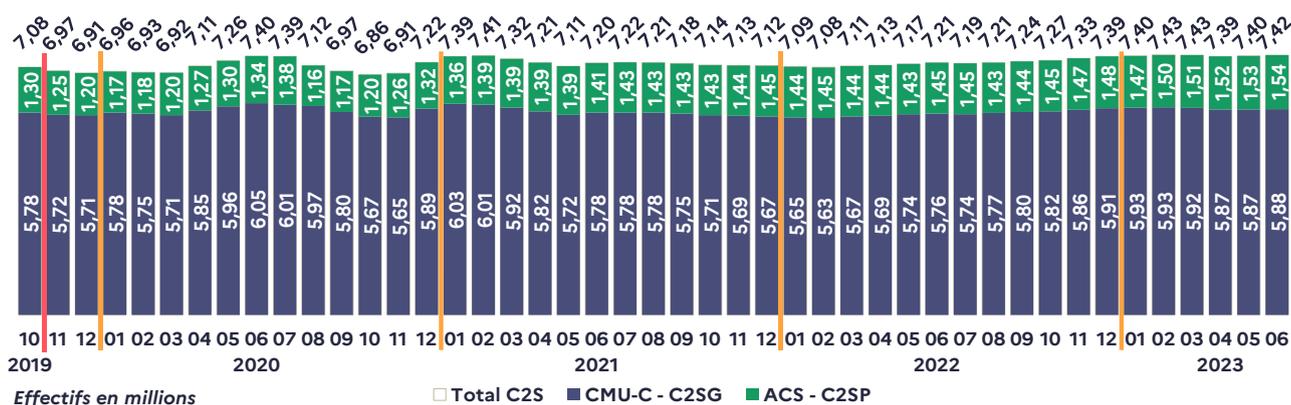
Les effectifs de la C2S ont progressé de 3,8 % entre décembre 2021 et décembre 2022. Cette évolution dynamique peut s'expliquer par la mise en place de trois mesures :

- À partir du mois de janvier 2022, deux mesures de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 facilitent l'accès au droit à la C2S :
 - > L'attribution automatique de la C2SG aux nouveaux allocataires du RSA ;

- > La simplification des déclarations de ressources pour la C2SG et la C2SP ;
- À partir du mois d'avril 2022, les nouveaux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ainsi que leurs conjoints bénéficient d'une présomption de droit à la C2SP, à condition de ne pas avoir exercé d'activité professionnelle durant les 3 mois précédant la demande.

Fin juin 2023, les effectifs de la C2S sont de 7,42 millions de bénéficiaires, avec une évolution très modérée, de + 0,6 % par rapport à fin décembre 2022.

■ Graphique 1 – Évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite et avec participation



Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, OC gestionnaires de la C2S, URSSAF Caisse nationale

¹⁶ Les bénéficiaires de la C2S comprennent ouvrants-droit et ayants-droit.

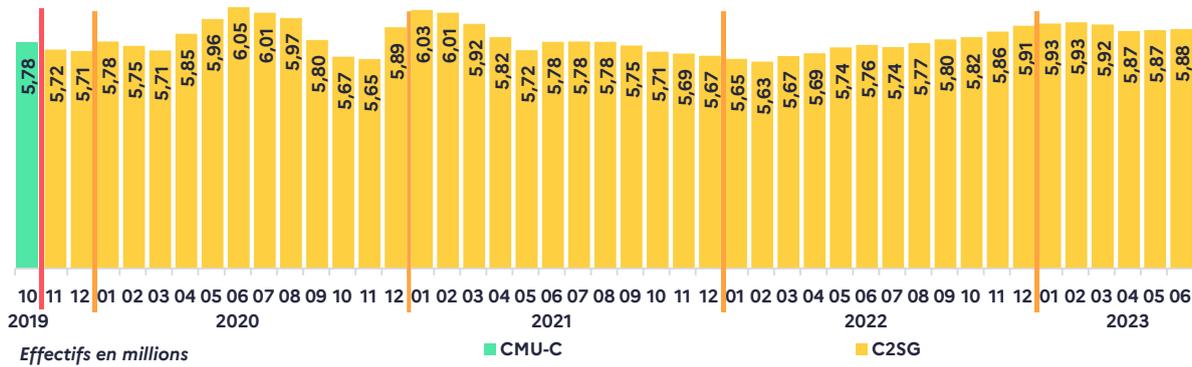
B. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite

Fin décembre 2022, 5,91 millions de personnes bénéficient de la C2SG, en augmentation de 4,2 % par rapport à fin décembre 2021. Fin juin 2023, elles sont 5,88 millions, en légère diminution, de -0,4 %, par rapport à fin décembre 2022.

L'accroissement du nombre de bénéficiaires de la C2SG en 2022 s'explique à nouveau par les mesures issues de la LFSS 2022, portant sur l'attribution automatique de la C2SG aux

nouveaux attributaires du RSA, ainsi que sur la simplification de l'étude des ressources pour les non attributaires du RSA, via l'utilisation par les régimes instructeurs du dispositif des ressources mensualisées (DRM). La stabilisation, observée à partir d'avril 2023, marque la fin de la montée en charge des mesures de la LFSS 2022, dans un contexte de diminution du nombre d'attributaires d'autres prestations sociales, dont le RSA (cf. : Graphique 4 ci-après).

■ Graphique 2 – Évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire gratuite



Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, OC gestionnaires de la C2S

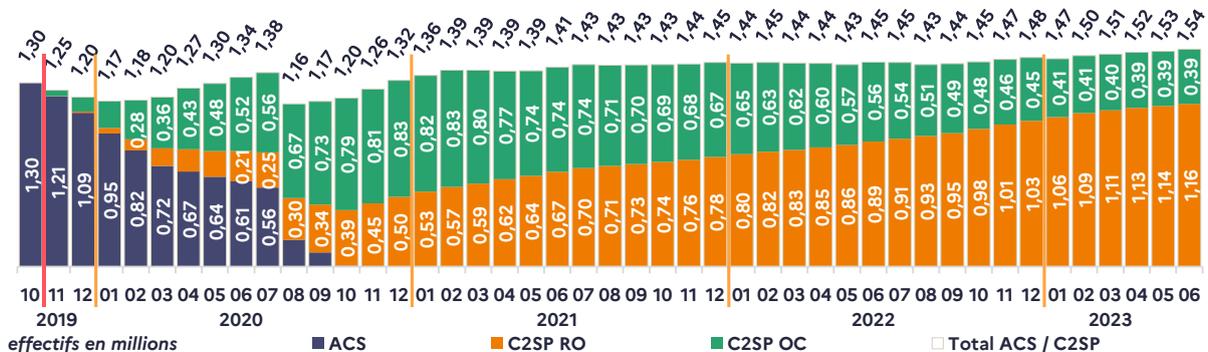
C. Les effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation

Fin décembre 2022, 1,48 million de personnes sont protégées par un contrat de C2SP, avec une progression de 2,4 % par rapport à décembre 2021. Fin juin 2023, elles sont 1,54 million, en hausse de + 4 % par rapport à fin décembre 2022.

La mesure de simplification de l'étude des ressources, ainsi que l'accroissement régulier du nombre d'allocataires de l'allocation aux adultes

handicapés (AAH), ont permis de maintenir une stabilité des effectifs sur les trois premiers trimestres de l'année 2022. Depuis le quatrième trimestre 2022, la montée en charge de la mise en place de la présomption de droit à la C2SP pour les bénéficiaires de l'ASPA à partir du mois d'avril 2022 a pu contribuer à la reprise d'une progression régulière des effectifs.

■ Graphique 3 – Évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire avec participation



Sources : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, OC gestionnaires de la C2S, URSSAF Caisse nationale

La part du nombre de contrats de C2SP gérés par les régimes obligatoires (C2SP-RO) continue de progresser. Après avoir été de 9 % fin décembre

2019, au tout début de la mise en place de la C2SP, elle a atteint 70 % au mois de décembre 2022, puis 75 % au mois de juin 2023.

D. L'évolution des effectifs de la complémentaire santé solidaire comparée à celles d'autres prestations sociales

Les bénéficiaires de la C2S sont le plus souvent bénéficiaires de minima sociaux.

Les bénéficiaires de la C2SG sont majoritairement des allocataires du RSA, des demandeurs d'emploi avec de faibles indemnités, inférieures au plafond, ou des bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), dont le montant maximum est inférieur à celui du RSA.

Les bénéficiaires de la C2SP peuvent être des allocataires de l'AAH, de l'ASPA ou bien, dans certains cas, des bénéficiaires de la prime d'activité ou des demandeurs d'emploi dont l'indemnité, bien que faible, dépasse le plafond de la C2SG dans la limite de 35 %.

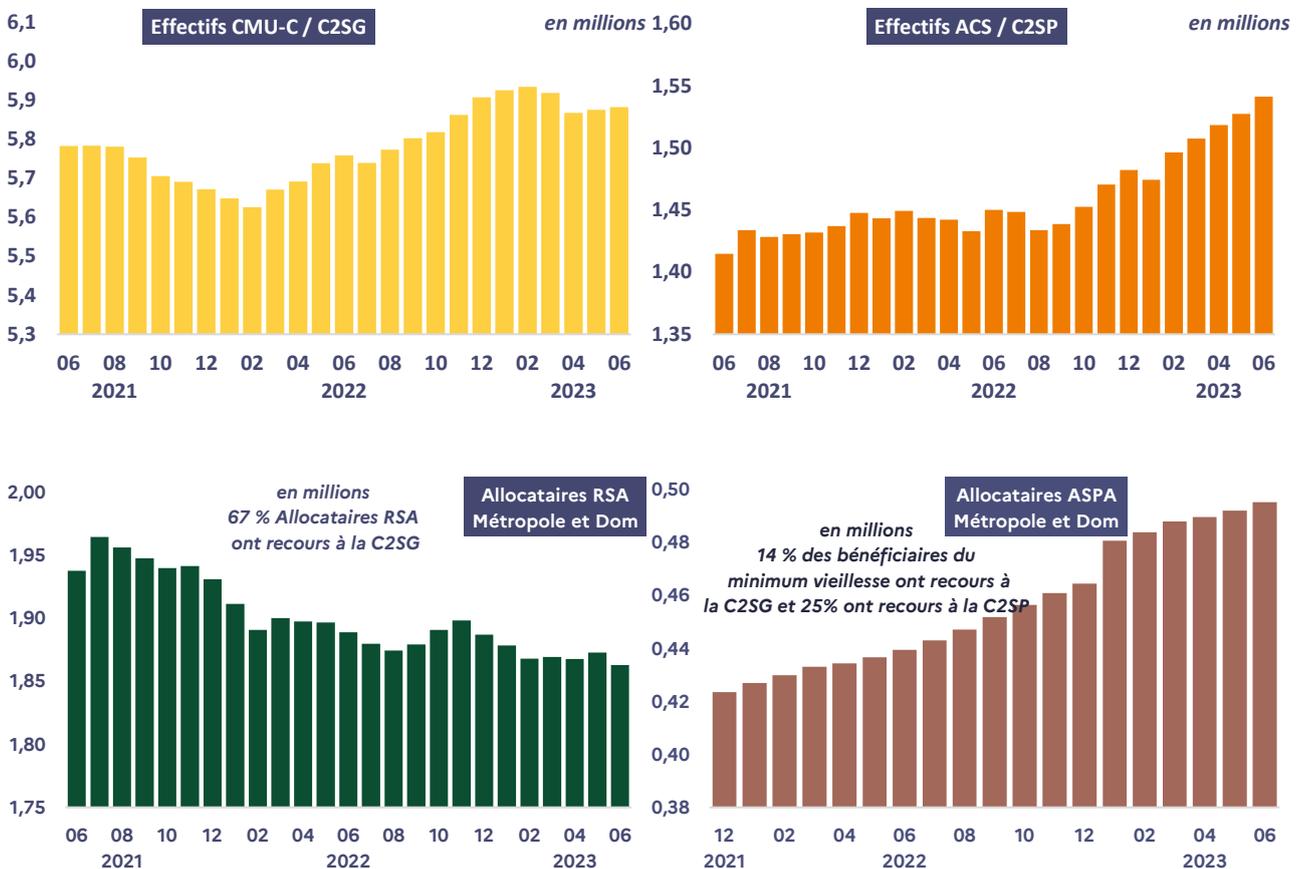
Dans ce contexte, hors périodes de montée en charge de mesures facilitant l'accès à la C2S, l'évolution des effectifs de la C2SG et de la C2SP est directement corrélée à l'évolution des

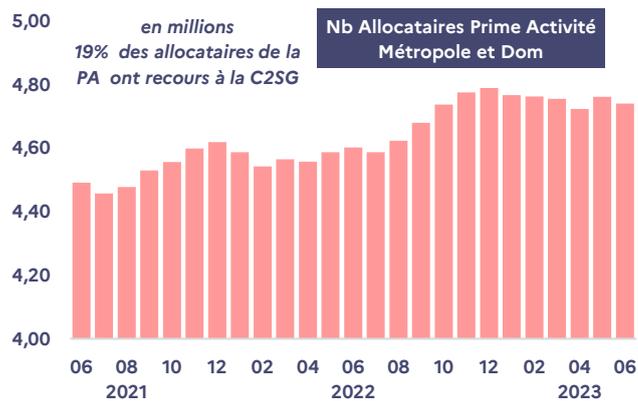
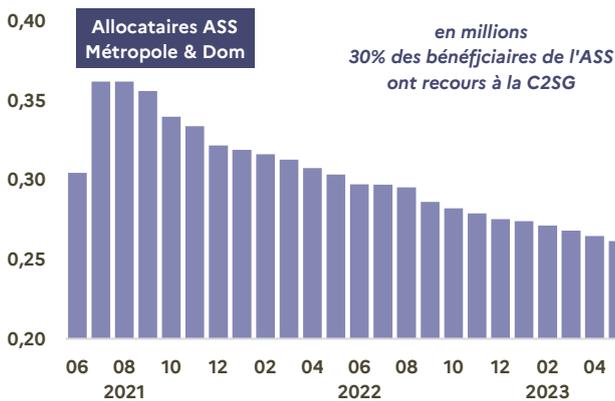
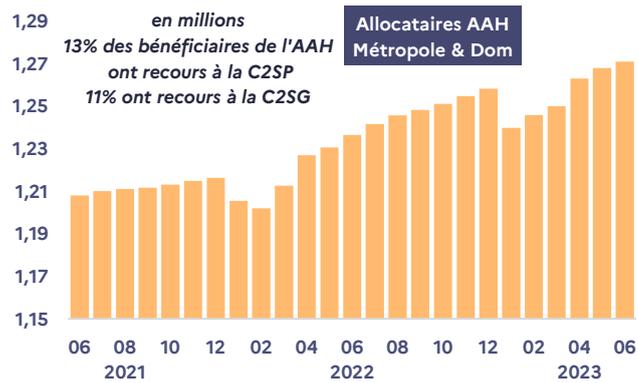
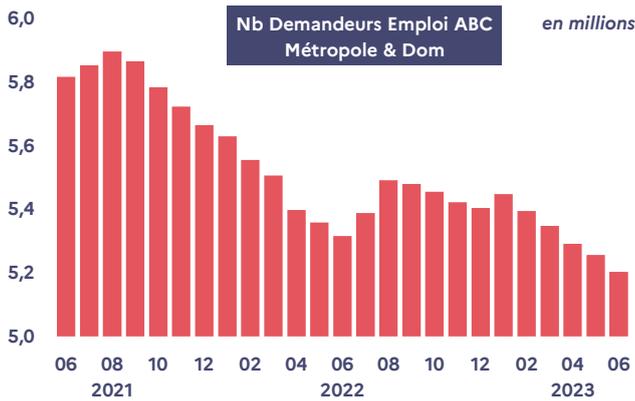
effectifs des minima sociaux, dont les montants se situent en deçà de leurs plafonds respectifs.

En 2022, la mesure de simplification de l'étude des ressources a facilité l'accès tant à la C2SG qu'à la C2SP. Parallèlement, l'automatisme de l'attribution de la C2SG aux nouveaux attributaires du RSA, à compter du 1^{er} janvier 2022, a soutenu la progression des effectifs jusqu'au 1^{er} trimestre 2023. Une fois la montée en charge de cette mesure terminée, les effectifs de la C2SG se sont stabilisés et diminuent légèrement depuis, essentiellement en raison du contexte de baisse du nombre d'allocataires du RSA, mais aussi de demandeurs d'emploi et d'allocataires de l'ASS.

La progression des effectifs de bénéficiaires de la C2SP est soutenue conjointement par la mesure de présomption de droit pour les allocataires de l'ASPA et par les évolutions dynamiques des nombres d'allocataires de l'ASPA et de l'AAH.

■ Graphique 4 – Évolutions des nombres de bénéficiaires de la C2S, d'allocataires de minima sociaux et de demandeurs d'emploi





Sources : DREES, enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) 2018 ; Insee, enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2017 ; calculs DREES, CNAV, Pôle emploi, tous régimes d'assurance maladie obligatoire, URSSAF Caisse nationale, OC gestionnaires de la C2S

II. LES PROFILS DES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

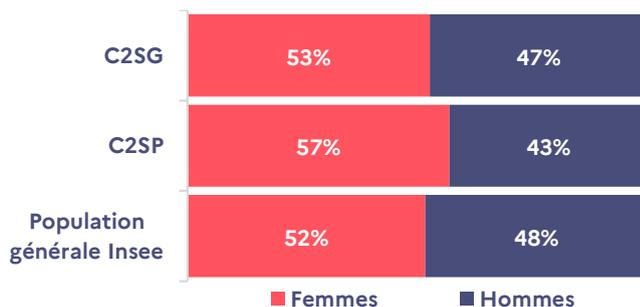
A. La répartition par genre et par tranche d'âge

Les femmes représentent 53 % des bénéficiaires de la C2SG, soit une proportion proche de celle de la population générale. Leur proportion est plus importante au sein de la C2SP, dont elles représentent 57 % des bénéficiaires.

Les bénéficiaires de la C2SG sont composés majoritairement d'enfants ou de jeunes de

moins de 20 ans (42 %) et de jeunes adultes (29 % pour les 20-40 ans). Les personnes âgées de plus de 60 ans sont très minoritaires (7 %), car, après 60 ans, les allocataires du RSA ou de faibles allocations chômage sont progressivement orientés vers des minima sociaux liés à la retraite, dont les montants dépassent le plafond de la C2SG et relèvent du plafond d'attribution de la C2SP.

■ Graphique 5 – Répartition des bénéficiaires de la C2S selon le genre



Note de lecture : 52,7 % des bénéficiaires de la C2SG sont des femmes

Sources : CNAM, année 2022 – INSEE, Populations légales 01-2022, Réf 2019 Maj 12-2021, par Département

La répartition par tranche d'âge des bénéficiaires de la C2SP se rapproche de celle de la population générale pour les moins de 20 ans (25 %) et pour les 40-60 ans (23 %). Les bénéficiaires dont l'âge se situe entre 20 et 40 ans sont sous représentés (16 %) et les personnes de plus de 60 ans nettement plus nombreuses (35 %).

Les femmes bénéficiaires de la C2SG sont plus nombreuses entre 20 et 40 ans (F + H : 29 %, F : 31 % vs H : 26 %). Ceci reflète la configuration familiale des foyers bénéficiaires

de la C2SG, avec une part importante de femmes seules avec de jeunes enfants.

Les femmes bénéficiaires de la C2SP sont fortement majoritaires après 60 ans (F+H : 35 %, F : 39 % vs H : 30 %). Cette surreprésentation des femmes parmi les bénéficiaires de la C2SP les plus âgés s'explique par une plus grande longévité et par la faiblesse de droits propres en matière de retraite acquis, par des générations de femmes qui ont peu ou pas participé au marché du travail¹⁷.

■ Graphique 6 – Répartition des bénéficiaires de la C2S selon l'âge



Note de lecture : 42 % des bénéficiaires de la C2SG sont âgés de moins de 20 ans / Les chiffres étant affichés sans décimale, il est possible que le total des pourcentages ne soit pas strictement égal à 100 %

Sources : CNAM, année 2022 – INSEE, Estimation de population au 1er janvier, par département, sexe et âge quinquennal, 2022

B. La répartition géographique

En métropole, les départements de plus d'un million d'habitants rassemblent le plus grand nombre de bénéficiaires de la C2S. Toutefois, la part de bénéficiaires de la C2S par rapport à la population n'est pas automatiquement liée à la concentration d'habitants. Si la part de bénéficiaires de la C2S est de 11 % sur l'ensemble du territoire, des départements très peuplés comme Paris (75), les Hauts-de-Seine (92), la Loire-Atlantique (44) ou la Seine-et-Marne (77) se situent en dessous de la part nationale. À l'opposé, le département du Lot (46), très peu peuplé, connaît une part de 14 %

de bénéficiaires de la C2S par rapport à sa population.

En métropole, la part la plus élevée de bénéficiaires de la C2S par rapport à la population est de 20 % en Seine-Saint-Denis (93), avec 326 000 bénéficiaires. Ce département connaît parallèlement le taux de pauvreté¹⁸ le plus élevé de métropole (28 %). Le département du Nord (59), rassemble le plus grand nombre de bénéficiaires (413 000) avec une part de 16 % par rapport à la population et un taux de pauvreté de 19 %. À l'exception des départements de la Seine-Saint-Denis, du Lot et

¹⁷ Minima sociaux et prestations sociales, Panoramas de la DREES Social, Édition 2022, Fiche 27 : Les allocations du minimum vieillesse.

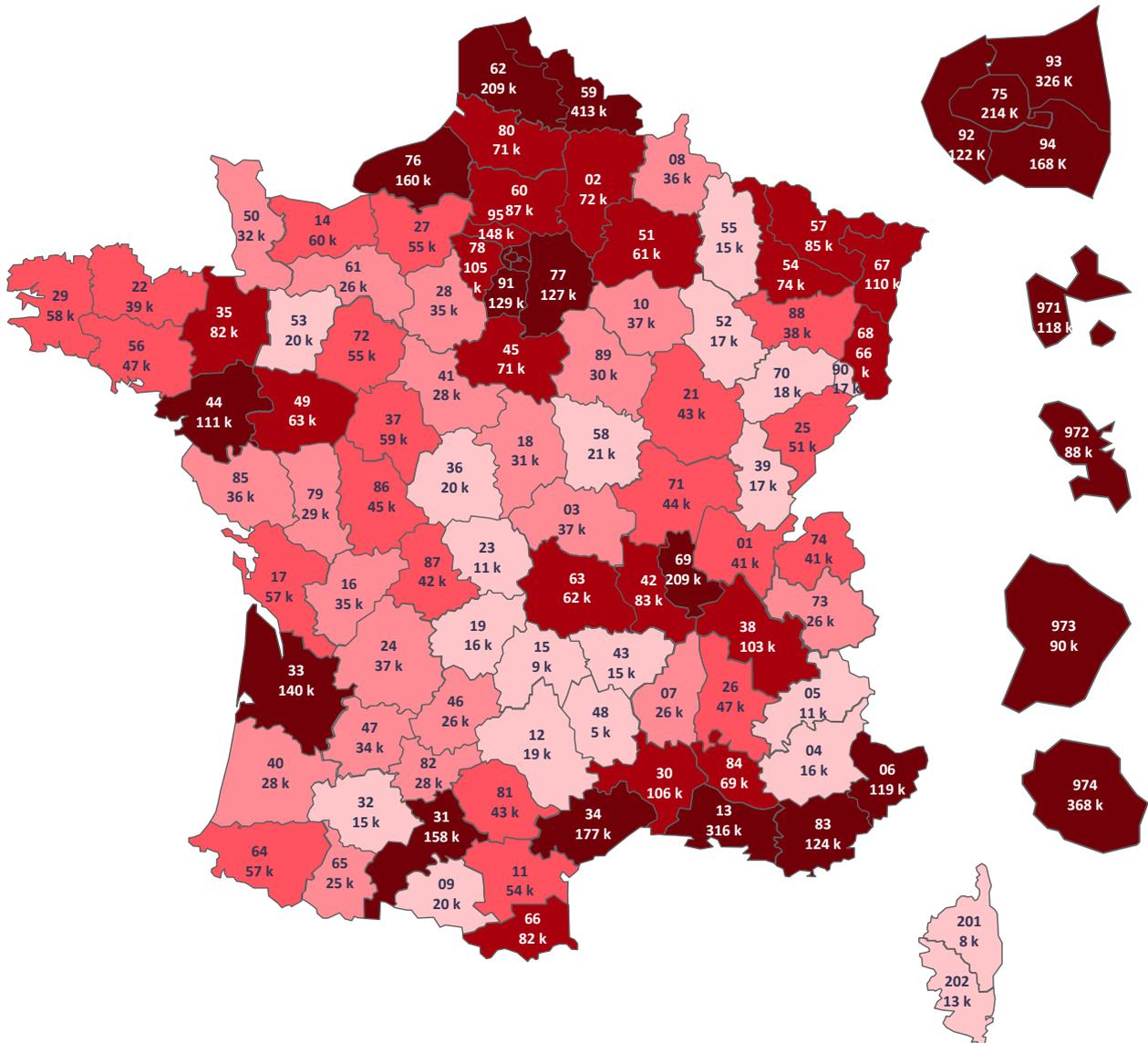
¹⁸ Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosophi) 2019 – Mise en ligne le 05/07/2022,

Géographie au 01/01/2022 – Guadeloupe, Guyane, Mayotte : Insee, enquête Budget de famille 2017 – Dans Filosofi, le seuil de pauvreté est fixé à 60 % du niveau de vie médian de France métropolitaine

du Val-de-Marne (94), la part de bénéficiaires de la C2S par rapport à la population est la plus élevée dans le nord de la France et sur le pourtour méditerranéen. Les départements d’Outre-mer relèvent d’une problématique

différente de celle de la métropole dans son ensemble. La précarité y est nettement plus prégnante, avec une part de bénéficiaires de la C2S par rapport à la population variant de 24 % en Martinique (972) à 43 % à La Réunion (974).

■ Carte 1– Nombre de bénéficiaires de la C2S par département (en milliers)

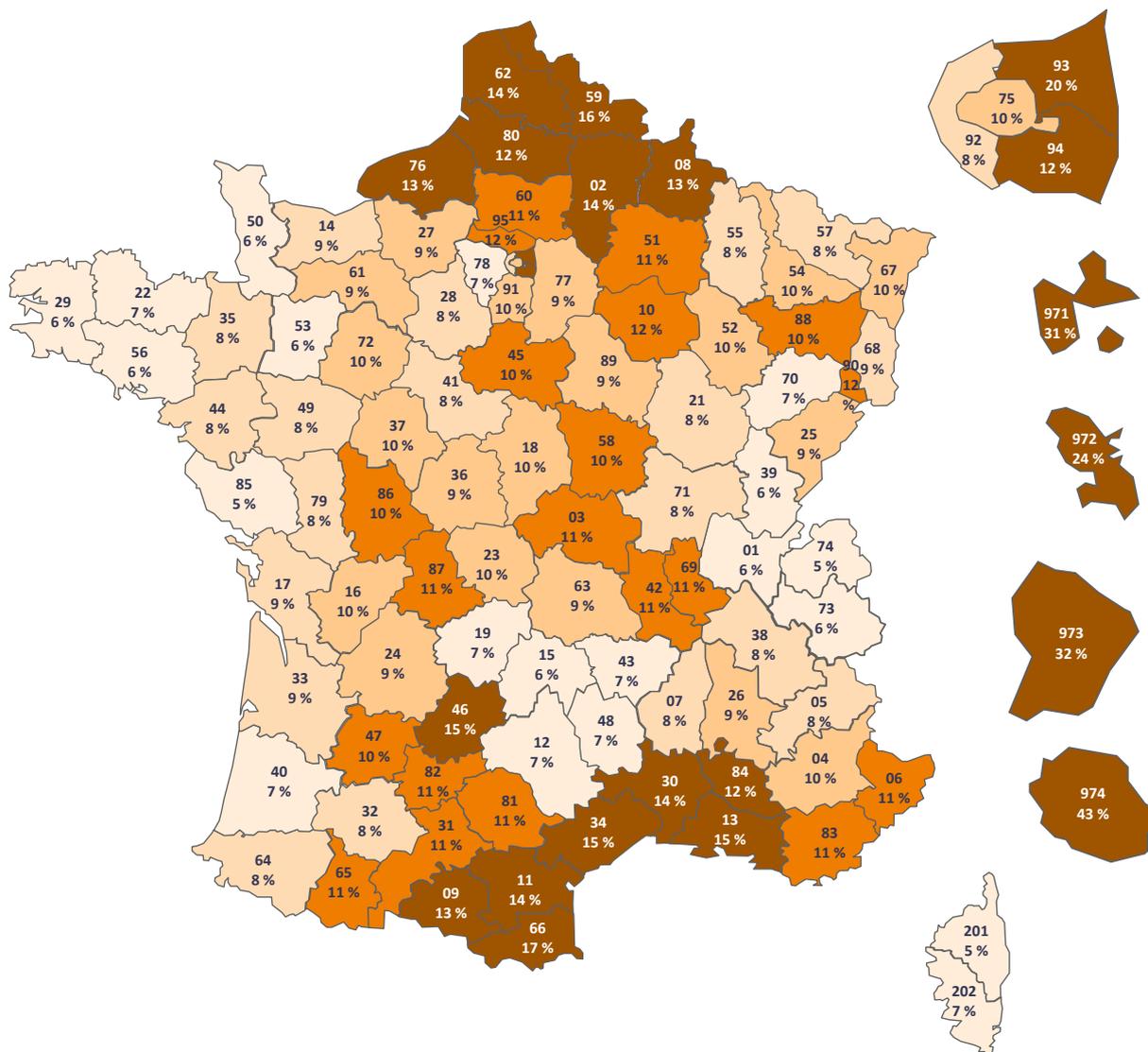


Lecture : au 31 décembre 2022, 214 000 parisiens bénéficient de la C2S (C2SG ou C2SP)

Nombre bénéficiaires C2S en milliers		Couleur
5	24	
24	37	
37	61	
61	110	
110	413	

Source : tous régimes d’assurance maladie obligatoire, OC gestionnaires de la C2S, URSSAF Caisse nationale

■ Carte 2– Part des bénéficiaires de la C2S par rapport à la population



Lecture : au 31 décembre 2022, 10 % des parisiens bénéficient de la C2S (C2SG ou C2SP)

Part C2S / Population		Couleur
5%	7%	Lightest yellow
7%	9%	Light yellow
9%	10%	Yellow-orange
10%	12%	Orange
12%	43%	Darkest brown

Source : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, OC gestionnaires de la C2S, URSSAF Caisse nationale, INSEE : population municipale 2022

III. L'ÉVOLUTION DU TAUX DE RECOURS A LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

A. L'estimation du taux de recours à la complémentaire santé solidaire

Le taux de recours à la C2S est estimé au regard du rapport entre le nombre de bénéficiaires et le nombre d'assurés éligibles à la C2S.

Pour 2021, le taux de recours à ce dispositif était évalué à 56 %, ce qui représente un stabilité en comparant avec l'année précédente. En revanche, on note que si le recours à la C2SG est plus important que celui à la C2SP (69 % contre 34 %), cette dernière progresse plus rapidement.

Un taux de recours à la C2S stable en 2021, mais en nette hausse pour son volet payant

En 2021, 10,3 millions de personnes auraient été éligibles à la C2S, dont 6,6 millions à son volet gratuit (C2SG) et 3,7 millions à son volet participatif (C2SP). Entre 2020 et 2021, ce nombre d'éligibles est en diminution de 4 % pour le premier et de 5 % pour le second. Le nombre total d'éligibles à la C2S a donc diminué de 4 % entre 2020 et 2021 (tableau 1).

Cette baisse du nombre d'éligibles est légèrement supérieure à celle du nombre de bénéficiaires (-1 %). En effet, au 31 décembre 2021, on dénombre 5,8 millions de bénéficiaires à la C2S en France métropolitaine (5,9 millions au 31 décembre 2020), dont près de 4,6 millions bénéficiaires de la C2SG (4,7 millions en 2020) et 1,3 millions de bénéficiaires à la C2SP

(1,1 millions en 2020). Entre fin 2020 et fin 2021, le nombre de bénéficiaires à la C2SG a baissé de 4 %, tandis que le nombre de bénéficiaires de la C2SP a augmenté de 10 %.

En 2021, le nombre de bénéficiaires de la C2SG retrouve un niveau similaire à celui de 2019, après le pic de 2020 notamment lié à la mise en place de dispositifs exceptionnels liés à la crise du COVID 19¹⁹. Le nombre de ses bénéficiaires diminuant au même rythme que le nombre d'éligibles, le taux de recours²⁰ à la C2SG est stable entre 2020 et 2021 (69 %) (tableau 2)²¹.

En 2021, la C2SP connaît quant à elle une hausse importante du recours (34 % après 29 % en 2020), qui repose sur une forte hausse du nombre de bénéficiaires, nettement supérieure à celle du nombre de personnes éligibles.

Cette amélioration sensible du recours à la C2SP pourrait s'expliquer par les modalités de la bascule de la CMU-C et de l'ACS vers la C2S, celle-ci ayant pris la forme d'une extension de la CMU-C aux personnes auparavant éligibles à l'ACS, avec une nette simplification du dispositif.

Le taux de recours estimé pour l'ensemble du dispositif reste relativement stable entre 2020 et 2021 : un peu plus d'une personne éligible à la C2S sur deux aurait effectivement eu recours à cette prestation (55 % en 2020 contre 56 % en 2021).

¹⁹ Pour pallier les difficultés à réaliser les démarches notamment de renouvellement durant les confinements imposés en raison de la crise sanitaire, l'ordonnance n°2020-312 du 25 mars 2020 a prévu, pour les bénéficiaires de la C2S dont les droits arrivaient à échéance entre le 12 mars et le 31 juillet 2020, une prolongation de 3 mois de ces droits. Une nouvelle prolongation de 3 mois des droits a été mise en œuvre fin 2020, en application de l'ordonnance n°2020-1553 du 9 décembre 2020, pour les droits arrivant à échéance entre le 31 octobre et le 16 février 2021 (Rapport annuel de la C2S – Edition 2021).

²⁰ Ces estimations de recours doivent être considérées avec précaution en raison de l'imprécision liée à l'ERFS et de l'incertitude qui entoure le modèle de simulation (cf. Annexe méthodologique).

²¹ Le taux de non-recours à la C2SG s'établit donc à 31 % fin 2021, un chiffre nettement inférieur au non-recours à la C2SP, mais qui reste substantiel dans la mesure où il ne peut pas renvoyer à un non-recours pour raison financière, principal motif de non-couverture par une complémentaire santé (Fouquet, 2020).

■ **Tableau 1 : Évolution des effectifs d'éligibles et de bénéficiaires à la C2S entre 2019 et 2021**

	Effectifs en milliers ; Variations en %				
	2019	2020	var 2019-2020	2021	var 2020-2021
C2S gratuite					
Nombre d'éligibles	6 810	6 830	0 %	6 580	-4 %
Nombre de bénéficiaires	4 570	4 740	4 %	4 550	-4 %
C2S avec participation					
Nombre d'éligibles	3 630	3 910	8 %	3 720	-5 %
Nombre de bénéficiaires	1 030	1 140	11 %	1 250	10 %
C2S total					
Nombre d'éligibles	10 430	10 750	4 %	10 300	-4 %
Nombre de bénéficiaires	5 600	5 870	5 %	5 800	-1 %

Sources : ERFS 2017, 2018, 2019 ; Données DSS ; Modèle Ines 2021 ; calculs Drees.

Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire éligibles à la C2S.

■ **Tableau 2 : Évolution du taux de recours à la C2S entre 2019 et 2021**

	2019	2020	2021
C2S gratuite	67 %	69 %	69 %
C2S avec participation	28 %	29 %	34 %
C2S total	54 %	55 %	56 %

Sources : ERFS 2019 ; Données DSS ; Modèle Ines 2021 ; calculs Drees.

Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire éligibles à la C2S.

Remarque : Résultats pour les années antérieures à 2021 actuellement non disponibles pour la version 2021 du Modèle Ines.

Les motifs de non-recours à la C2S peuvent être d'ordres très variés²². Parmi ces motifs figurent notamment la méconnaissance de son droit à la C2S ou encore la crainte de discrimination, qui peut inciter un individu à avoir recours à d'autres complémentaires, telles que les complémentaires d'entreprise. C'est tout particulièrement le cas pour les personnes éligibles à la C2SP, qui appartiennent plus

souvent à des ménages comprenant un actif potentiellement éligible à une couverture complémentaire collective d'entreprise.

Par ailleurs, les assurés atteints d'une affection de longue durée (ALD), éligibles à la C2S, peuvent penser à tort que ce dispositif est similaire aux droits liés à leur ALD. Or, la prise en charge à 100% de l'ALD n'est pas étendue à l'ensemble de leurs besoins en santé. La C2S

²² Voir « Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire. Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires » (Dossier de la DREES n°107),

enquête qualitative réalisée par le cabinet ASDO et copilotée par la DREES et la DSS.

leur permet en revanche de bénéficier de cette prise en charge et des garanties associées au dispositif sur tous leurs soins²³.

Trois personnes éligibles à la C2S sur quatre couvertes par la C2S ou par un contrat collectif d'entreprise

Le modèle de microsimulation Ines²⁴ 2021, dans lequel sont imputés les contrats collectifs d'entreprise, permet d'estimer la proportion

d'éligibles à la C2S qui sont couverts par un tel contrat, soit en tant que salarié, soit en tant qu'ayant droit²⁵. Cette information supplémentaire permet d'estimer un « taux de couverture par la C2S ou par une complémentaire d'entreprise », plus éclairant que le seul taux de recours à la C2S pour approcher la question de la couverture santé complémentaire des personnes modestes.

■ **Tableau 3 : Estimation des taux de couverture par la C2S ou par une complémentaire d'entreprise en 2021**

	C2S gratuite	C2S payante	C2S totale
Taux de couverture par la C2S	69 %	34 %	56 %
Taux de couverture par une complémentaire d'entreprise	18 %	27 %	21 %
Total (C2S + complémentaire d'entreprise)	87 %	61 %	78 %

Sources : ERFS 2019 ; Données DSS ; Modèle Ines 2021 ; calculs Drees.

Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire éligibles à la C2S.

Remarque : Résultats pour les années antérieures à 2021 actuellement non disponibles pour la version 2021 du modèle Ines.

Près d'un éligible à la C2SG sur cinq serait couvert par une complémentaire collective d'entreprise (tableau 3), tandis qu'environ un quart des personnes éligibles à la C2SP serait dans cette situation.

Environ trois quarts du public ciblé par la C2S serait donc couvert par cette prestation ou par une complémentaire collective d'entreprise.

Plus précisément, c'est le cas de 87 % des personnes éligibles à la C2SG et de 61 % des éligibles à la C2SP. Toutefois, parmi les personnes qui ne sont couvertes par aucun de ces contrats, il reste impossible d'estimer le nombre de personnes détenant une assurance individuelle ou n'étant couvertes par aucune complémentaire santé²⁶.

MÉTHODOLOGIE

Comment apprécier la précision des estimations du non recours à la C2S

Chaque année, la DREES produit une estimation du taux de recours à la complémentaire

santé solidaire (C2S) en rapportant le nombre de bénéficiaires au 31 décembre de l'année considérée à un nombre de personnes éligibles estimé avec le modèle de microsimulation Ines. Ces estimations portent sur le champ restreint

²³ Une personne en ALD qui n'aurait pas demandé à bénéficier de la C2S, supporte l'intégralité de la dépense pour les prothèses dentaires, le forfait journalier hospitaliers ou encore en optique.

²⁴ Voir la partie « Méthodologie » ci-après

²⁵ Dans le modèle, les contrats collectifs d'entreprise sont imputés au niveau individuel à partir de l'enquête Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise (PSCE) 2017. Dans cette estimation, on considère que les conjoints et enfants d'un ouvrant droit sont couverts par le contrat, ce qui constitue une estimation du nombre maximum de

personnes effectivement couvertes par une complémentaire santé d'entreprise.

²⁶ Les personnes en situation précaire souscrivent aussi relativement plus souvent que d'autres à des complémentaires individuelles : en 2017, c'était le cas de la moitié des inactifs hors retraités et d'un tiers des chômeurs (Fouquet 2020). À cette date, les 10 % les plus pauvres – correspondant à un niveau de vie proche du plafond d'éligibilité à la C2S avec participation financière – représentaient néanmoins encore 30 % des personnes non couvertes par une complémentaire santé.

des ménages de France métropolitaine vivant en logement ordinaire. Le principe de la micro-simulation consiste à appliquer la législation socio-fiscale à un échantillon représentatif de la population.

Le modèle Ines, développé par l'Insee, la DREES et la CNAF est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) de l'INSEE qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, des informations administratives issues des caisses de protection sociale et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

Les estimations de recours réalisées à partir de cette simulation doivent toutefois être considérées avec prudence. En effet, la variabilité due à l'enquête ERFS sur laquelle s'appuie le modèle Ines est accrue par l'incertitude inhérente à la microsimulation et à la complexité du modèle utilisé. Cette imprécision est particulièrement forte lorsque

le nombre de foyers dont les ressources sont proches du seuil d'éligibilité est important, ce qui est le cas en particulier autour du seuil d'éligibilité à la C2SP. L'élasticité-revenu du nombre d'éligibles autour du seuil de la C2S payante est estimée à 5. Autrement dit, une erreur de 1% des revenus situés autour du seuil conduit à une variation de 5 % du nombre d'éligibles à la C2SP estimé avec le modèle. Autour du seuil de la C2SG, l'élasticité est très proche de 1 : l'estimation du nombre d'éligibles à ce volet du dispositif est donc moins sensible à une erreur de mesure des revenus.

Une révision peu sensible des estimations

Les résultats présentés ici sont produits à partir de la version la plus récente du modèle Ines, dont le code est amélioré en continu. Ils diffèrent donc très légèrement de ceux publiés dans les rapports annuels de 2021 et 2022, les écarts en question restant toutefois limités.

■ *Tableau 4 : Estimations des taux de recours à la CMU-C, à l'ACS et à la C2S avant et après révision*

	2018	2019	2020	2021
Taux de recours à la C2S gratuite / la CMU-C				
Calculés en 2021	66 %	66 %		
Calculés en 2022	65 %	66 %	68 %	
Calculés en 2023		67 %	69 %	69 %
Taux de recours à la C2S payante / l'ACS				
Calculés en 2021	28 %	27 %		
Calculés en 2022	27 %	27 %	28 %	
Calculés en 2023		28 %	29 %	34 %
Taux de recours à la C2S / la CMUC-C ou l'ACS				
Calculés en 2021	52 %	52 %		
Calculés en 2022	51 %	52 %	53 %	
Calculés en 2023		54 %	55 %	56 %

Sources : ERFS 2016, 2017, 2018, 2019 ; Données DSS ; Modèle Ines 2019 à 2021 ; calculs Drees

Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire

B. L'impact des mesures d'automatisation et de simplification de l'attribution pour les allocataires du RSA et de l'ASPA

1. L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire gratuite aux nouveaux allocataires du RSA

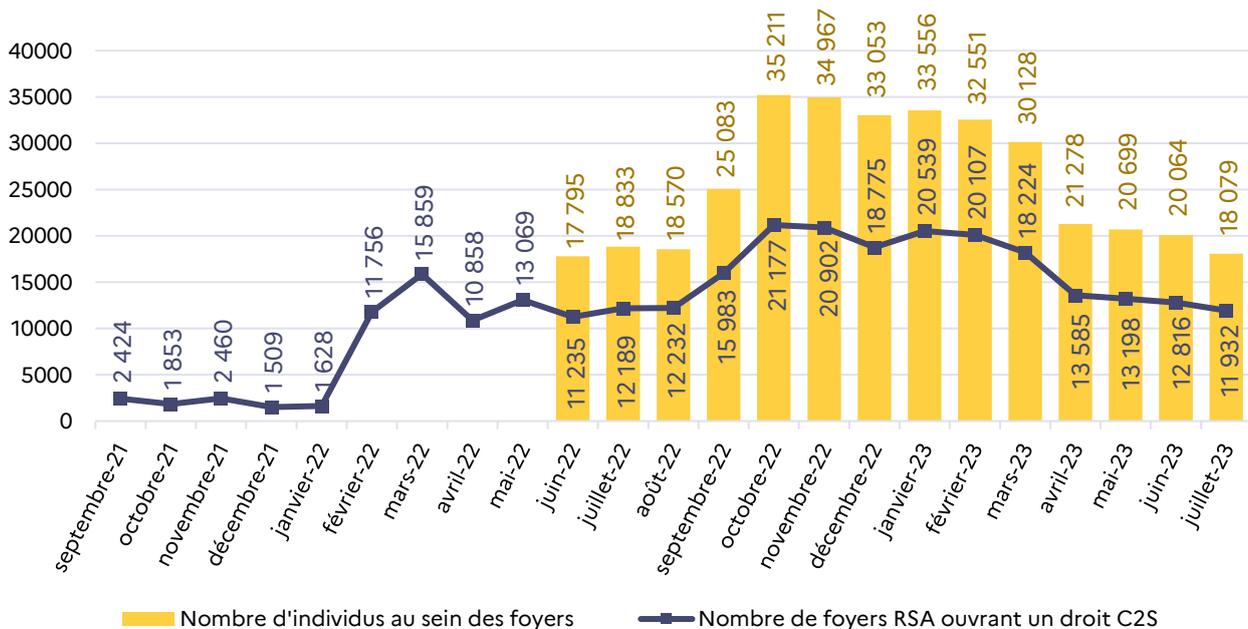
Depuis février 2022, les foyers qui effectuent une demande de RSA en ligne *via* le téléservice dédié se voient systématiquement proposer la C2S gratuite en fin de procédure. Sauf opposition de leur part, la C2S est automatiquement attribuée sous réserve qu'ils soient effectivement éligibles au RSA.

Une modification prochaine du formulaire de demande du RSA permettra une attribution automatique pour les demandes effectuées par voie papier. Elle devrait être opérationnelle au plus tard d'ici le premier trimestre 2025. De manière transitoire, les bénéficiaires du RSA sont informés de leur droit à la C2S par courrier de leur caisse d'assurance maladie. En retour, ils doivent transmettre la composition de leur foyer et le choix de leur organisme gestionnaire, sans qu'il soit nécessaire de déclarer leurs ressources.

Depuis le 1^{er} janvier 2023²⁷, les enfants âgés de moins de 25 ans qui vivent sous le même toit que des bénéficiaires du RSA, mais ne sont pas considérés comme étant à leur charge pour le bénéfice de l'allocation, bénéficient également de l'attribution automatique de la C2S gratuite, ainsi que du renouvellement automatique de leur droit à la complémentaire santé solidaire.

Cette mesure d'automatisation de l'attribution de la C2S présente des éléments de bilan particulièrement encourageants avec une forte augmentation des droits ouverts pour les foyers concernés. Depuis le deuxième trimestre 2022, l'Assurance maladie enregistre en moyenne 16 000 attributions de C2S chaque mois dans le cadre de la demande de RSA, contre 2 500 en 2021. Les attributions de C2S aux bénéficiaires du RSA augmentent ainsi de manière continue depuis le mois de février 2022 et semblent avoir atteint un plateau en 2023 à environ 20 000 attributions par mois.

Nombre de demandes de C2S issues du téléservice RSA



²⁷ Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 modifiant l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale.

2. La présomption de droit à la complémentaire santé solidaire avec participation financière pour les nouveaux allocataires de l'ASPA

Les nouveaux allocataires de l'ASPA bénéficient, depuis avril 2022, d'une présomption de droit à la C2S avec participation financière. Une fois l'ASPA attribuée, les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires gestionnaires du dispositif transmettent aux nouveaux bénéficiaires l'ensemble des documents permettant de demander la C2S sans qu'il soit besoin de déclarer leurs ressources.

Cette présomption de droit bénéficie aux allocataires de l'ASPA sous réserve qu'ils n'aient pas exercé d'activité professionnelle au cours des trois mois précédant leur demande de complémentaire santé solidaire. Elle vaut pour les

conjoint, concubins ou partenaires des bénéficiaires de l'ASPA, dès lors qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle non plus. Lorsque la demande d'ASPA pourra être effectuée en ligne par le biais d'un téléservice, la demande de C2S sera directement intégrée à la procédure.

Les données disponibles pour l'ASPA concernent uniquement les deux premiers trimestres de 2023 mais témoignent tout de même d'un nombre important d'attributions de C2S. En moyenne, cette procédure a permis plus de 4500 attributions par mois pour plus de 5000 personnes couvertes, soit plus 31 000 personnes sur la période.

	Nombre de foyers ASPA ouvrant un droit à la C2S pour la première fois	Nombre d'individus au sein de ces foyers
1 ^{er} trimestre 2023	14 519	16 200
2 ^e trimestre 2023	12 734	14 957
Total 1^{er} semestre 2023	27 253	31 157

IV. LA PRATIQUE DU TIERS-PAYANT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Le tiers-payant intégral implique que l'assuré n'avance aucun frais lors de sa consultation avec le professionnel de santé. Il s'agit d'une obligation que l'ensemble des professionnels de santé doivent respecter pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. En moyenne, au cours du 2^e trimestre 2023, le tiers-payant intégral est appliqué sur 99,3% du volume des actes

réalisés au profit des bénéficiaires de la C2S contre 89,8% pour les actes réalisés à destination de l'ensemble des patients. Ainsi, dans un peu plus de 99% des cas, le bénéficiaire de la C2S n'avance aucun frais lors de sa consultation, le protégeant ainsi de potentiels renoncements aux soins.

Taux de tiers-payant par catégorie de professionnels de santé En volume d'actes	Complémentaire santé solidaire % TP intégral*	Ensemble des patients % TP intégral*
Infirmiers	99,8%	98,6%
Masseurs / kinésithérapeutes	99,3%	78,8%
Autres auxiliaires	97,9%	67,9%
Dentistes	98,5%	18,4%
Fournisseurs	97,4%	68,8%
Laboratoires	99,5%	96,0%
Pharmacies	99,5%	96,2%
Sages-femmes	98,4%	61,9%
Centres de santé	99,2%	74,1%
Transporteurs	99,5%	96,4%
Total médecins (omnipraticiens et spécialistes)	97,7%	44,9%
TOTAL	99,3%	89,8%

*Le taux de tiers payant intégral correspond au taux de tiers ayant intégré sur la part assurance maladie obligatoire pour les actes pris en charge à 100 % par celle-ci (l'assurance maladie complémentaire n'intervient pas) ou à la somme du taux de tiers payant intégral sur la part assurance maladie obligatoire et la part assurance maladie complémentaire.

4

LE SUIVI DE LA DEPENSE ET DU FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

LE SUIVI DE LA DEPENSE ET DU FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

I. LA DÉPENSE ET LE COÛT MOYEN DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Un suivi statistique de la dépense de la complémentaire santé solidaire (C2S) est établi sur la base des montants engagés ou émis au cours des exercices concernés par les organismes gestionnaires : régimes obligatoires d'assurance maladie et organismes complémentaires (OC). Ce suivi permet d'observer les évolutions de la dépense

comptable agrégée, ainsi que par type de soins, et de calculer la dépense moyenne par bénéficiaire. En complément, le régime général et les OC fournissent une fois par an un état des dépenses différencié entre C2S gratuite (C2SG) et C2S avec participation (C2SP), ce qui permet de mieux comprendre les deux profils de consommateurs.

A. La dépense engagée et les participations financières perçues pour la complémentaire santé solidaire

1. Les montants engagés par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes complémentaires

En 2022, les régimes obligatoires ont engagé 2 675 M€ de dépenses pour la C2S, soit une progression de 6 % par rapport à 2021. Cette évolution marquée des dépenses se justifie au regard de différents éléments contextuels :

- La progression de la dépense pour la C2S gérée par les régimes obligatoires (C2S-RO) est portée par la progression des effectifs des bénéficiaires. L'évolution du nombre de bénéficiaires de la C2S-RO est de 4,7 % en 2022 en moyenne annuelle, dont 0,9 % pour les bénéficiaires de la C2SG-RO et 34,8 % pour ceux de la C2SP-RO²⁸. Or, les bénéficiaires de la C2SP pèsent davantage dans la consommation totale de soins²⁹ du fait de leur âge plus avancé³⁰ et de leur moins bon état de santé³¹ ;

- Parallèlement, les parts des contrats de C2SP et des bénéficiaires de la C2SG gérées par les régimes obligatoires ont continué leur progression, d'où un transfert des dépenses des organismes complémentaires vers les régimes obligatoires.

Les OC ont engagé 532 M€ pour la C2S en 2022, en baisse de -15,1 % par rapport à 2021, parallèlement à la baisse du nombre de bénéficiaires de la C2S gérée par le OC (C2S-OC) en 2022, de - 24,2 %, dont - 23,1 % pour la C2SG-OC et -24,9 % pour la C2SP-OC). Concomitamment, la dépense moyenne par bénéficiaire pour la C2S en gestion organismes complémentaires a augmenté de 13,4 % (cf. ci-après)³².

²⁸ Données tous régimes d'assurance maladie obligatoire et SLM. Sont retenus les effectifs en gestion RO, calculés en moyenne annuelle.

²⁹ Voir partie « C. La dépense moyenne par type de complémentaire santé solidaire et par poste ».

³⁰ 35 % des bénéficiaires de la C2SP sont âgés de plus de 60 ans, contre 7 % des bénéficiaires de la C2SG.

³¹ 1/3 des consommateurs bénéficiaires de la C2SP se trouvent en affection longue durée, contre 12% des consommateurs bénéficiaires de la C2SG.

³² Données URSSAF Caisse nationale, Déclaration Tableau récapitulatif annuel 2022. Sont retenus les OC inscrits sur la liste des OC gestionnaires de la C2S en 2022 et ayant déclaré concomitamment des effectifs et un montant de dépense >0 pour la C2SG et/ou la C2SP. De fait, la dépense engagée par les OC est supérieure à la dépense retenue pour le calcul de la dépense moyenne par bénéficiaires. Des OC présentent des dépenses au Fonds C2S portant sur des soins antérieurs à leur sortie du dispositif.

Le total de la dépense engagée pour la C2S par les régimes obligatoires et les organismes complémentaires est de 3 207 M€, en augmentation de 1,8 % par rapport à 2021, dans un contexte de stabilisation des effectifs totaux (régimes obligatoires et organismes complémentaires) en moyenne annuelle.

Les participations des bénéficiaires de la C2SP, sont de 170 M€ pour les régimes obligatoires, en progression de 40,7 % par rapport à 2021, et de 130 M€ pour les organismes complémentaires, en baisse de 22,5 % par rapport à 2021. Pour les régimes obligatoires et les organismes complémentaires, le montant

total des participations des assurés pour la C2SP est de 300 M€, en hausse de 4 %.

Les frais de gestion versés aux organismes complémentaires, sur la base de 7 € par trimestre et par bénéficiaire, sont de 15 M€. Cette baisse de -30,3 % est en lien direct avec le transfert de la gestion des bénéficiaires de la C2SP des organismes complémentaires vers les régimes obligatoires d'assurance maladie, essentiellement la CNAM.

Globalement, les organismes gestionnaires de la C2S, régimes et organismes complémentaires, ont engagé une dépense nette de 2 892 M€ en 2022, en progression de 1,8 % par rapport à 2021.

■ **Tableau 1 – Dépense engagée et montants reçus pour la C2S (C2SG + C2SP) pour les régimes et les OC gestionnaires de la C2S en 2020, 2021, 2022 (en millions d'euros)**

Dépenses engagées				
Dépenses C2SG / C2SP	2020	2021	2022	2021 – 2022
CNAM	2 060	2 468	2 620	6,1%
CCMSA	48	51	51	-0,3%
Régimes Spéciaux	3	4	4	0,4%
<i>Sous-total Dépenses régimes</i>	<i>2 111</i>	<i>2 523</i>	<i>2 675</i>	<i>6,0%</i>
OC	338	627	532	-15,1%
<i>Total Dépenses</i>	<i>2 449</i>	<i>3 150</i>	<i>3 207</i>	<i>1,8%</i>

Montants reçus				
Participations Assurés Frais de gestion	2020	2021	2022	2021 – 2022
CNAM	41	112	159	41,1%
CCMSA	5	8	11	34,8%
Régimes Spéciaux	0,1	0,4	0,6	34,8%
<i>Sous-total Participations assurés régimes</i>	<i>46</i>	<i>121</i>	<i>170</i>	<i>40,7%</i>
Participations assurés OC	123	168	130	-22,5%
<i>Sous-total Participations assurés régimes + OC</i>	<i>168</i>	<i>288</i>	<i>300</i>	<i>4,0%</i>
Frais de gestion OC	19	22	15	-30,3%
<i>Total Participations et Frais de gestion</i>	<i>188</i>	<i>310</i>	<i>315</i>	<i>1,6%</i>

Montants Engagés - Montants Reçus				
Dépense Nette	2020	2021	2022	2021 – 2022
<i>Engagé - Reçu</i>	<i>2 261</i>	<i>2 840</i>	<i>2 892</i>	<i>1,8%</i>

Source : CNAM, CCMSA, Régimes spéciaux, SLM, OC gestionnaires de la C2S

2. Le suivi des mouvements financiers

Les mouvements financiers liés à la gestion de la C2S font l'objet d'un suivi comptable par le Fonds C2S, créé au sein de la CNAM le 1^{er} janvier 2021. En 2022, le total des charges supportées par le Fonds C2S est de 3,23 Md€, après avoir été de 3,42 Md€ en 2021³³. Une part

B. La dépense moyenne par bénéficiaire

En 2022, la dépense moyenne annuelle d'un bénéficiaire de la C2S est de 448 € pour l'ensemble des régimes et des organismes complémentaires gestionnaires³⁵. Elle se décline entre 428 € pour l'ensemble des régimes obligatoires (431 € pour la CNAM) et 592 € pour les OC

Le montant moyen des dépenses pour la C2S couvre le montant du ticket modérateur, les dépassements autorisés dans le cadre des forfaits C2S pour les soins prothétiques dentaires et orthodontiques, la part complémentaire pour le « 100 % santé » en optique et audioprothèse ainsi que les forfaits journaliers hospitaliers. Il ne couvre pas la part obligatoire prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements pour convenance personnelle³⁶. Pour rappel, les bénéficiaires de la C2S sont exonérés des franchises et des participations forfaitaires.

L'année 2022 est marquée par l'augmentation conséquente (+ 13,4 %) de la dépense moyenne par bénéficiaire pour l'ensemble des organismes complémentaires.

de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) est calculée pour couvrir l'intégralité des besoins financiers du fonds, après perception des participations des assurés et des montants divers³⁴. Le montant affecté au Fonds C2S pour l'année 2022 est de 2,92 Md€.

Le montant moyen passe de 522 € en 2021 à 592 € en 2022, dont 489 € (+ 13,6 %) pour la C2SG et 661 € (+ 13,4 %) pour la C2SP. Une part de plus en plus importante de bénéficiaires de la C2S choisit la gestion de ses droits par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette croissance est particulièrement dynamique pour la C2SP. Il est probable que les personnes les plus âgées ou les plus fragiles (bénéficiaires de l'AAH par exemple), anciennement bénéficiaires de l'ACS (aide pour une complémentaire santé), restent fidèles à leur OC d'origine. Ces personnes concentrent les plus hauts niveaux de dépense, d'où des coûts moyens de plus en plus élevés pour les assurés relevant des organismes complémentaires³⁷.

Pour les régimes obligatoires, l'augmentation de 1,3 % de la dépense moyenne par bénéficiaire en 2022 est liée à celle de la CNAM, qui représente 98 % de la dépense des régimes, dans un contexte d'afflux des bénéficiaires de la C2SP³⁸.

³³ Montant après régularisation, d'où l'évolution par rapport au montant publié dans le Rapport d'activité 2021

³⁴ Les montants divers sont constitués notamment de régularisations comptables ou de récupération d'indus.

³⁵ La dépense moyenne par bénéficiaire se calcule en année complète mobile : montant de la dépense cumulée sur 12 mois / moyenne des bénéficiaires sur les douze mois considérés. La dépense moyenne par bénéficiaire du mois de décembre correspond à la dépense moyenne par bénéficiaire de l'année.

³⁶ Par exemple, lorsque le bénéficiaire de la C2S souhaite se voir poser une prothèse dentaire qui ne serait pas prise en charge dans le panier de soins de la C2S.

³⁷ Pour exemple, l'organisme complémentaire Harmonie Mutuelle, cité ci-dessous dans l'étude de la dépense par poste, a vu la part de ses bénéficiaires de la C2SP de 60 ans et plus passer de 37 % en 2020 à 41 % en 2021, puis à 45 % en 2022.

³⁸ Voir partie « A.1. Les montants engagés par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes complémentaires ».

■ **Tableau 2 – Dépense moyenne pour la C2S (C2SG + C2SP) par bénéficiaire pour les régimes et les OC gestionnaires de la C2S en 2020, 2021 et 2022**

Dépense moyenne par bénéficiaire						
Année	CNAM	CCMSA	Régimes Spéciaux	Tous régimes	OC	Tous Régimes & OC
2020	379	302	278	377	313	367
2021	426	302	323	422	522	438
2022	431	295	325	427	592	448
Évolution 2022 / 2021	1,3%	-2,5%	0,8%	1,3%	13,4%	2,12%

Note de lecture : la dépense moyenne par bénéficiaire pour l'année 2020 est peu élevée, en lien avec la suspension des soins non vitaux pendant les périodes de confinement

Source : CNAM, CCMSA, Régimes spéciaux, SLM, OC gestionnaires de la C2S

C. La dépense moyenne par type de complémentaire santé solidaire et par poste

La CNAM produit chaque année des résultats différenciés entre C2SG et C2SP pour la dépense moyenne par poste de soin. En 2022, la dépense moyenne est de 417 € pour la C2SG et de 523 € pour la C2SP³⁹. En 2021, la dépense moyenne par bénéficiaire de la C2S était de 426 € à la CNAM, dont 416 € pour la C2SG et 507 € pour la C2SP.

Parallèlement, la DSS interroge un panel d'OC sur la dépense engagée pour la C2S au cours de chaque exercice écoulé. En 2023, seul l'OC rassemblant le plus de bénéficiaires de la C2S, Harmonie Mutuelle⁴⁰, a été interrogé. Pour cet OC, le montant de la dépense moyenne par bénéficiaire en 2022 est de 453 € pour la C2SG et de 597 € pour la C2SP. En 2021, la dépense moyenne par bénéficiaire de la C2S pour ce même OC était de 528 €, dont 470 € pour la C2SG et 568 € pour la C2SP.

Quel que soit le mode de gestion, régime obligatoire ou OC, les bénéficiaires de la C2SP ont un coût moyen au moins deux fois plus élevé pour le forfait journalier hospitalier, et

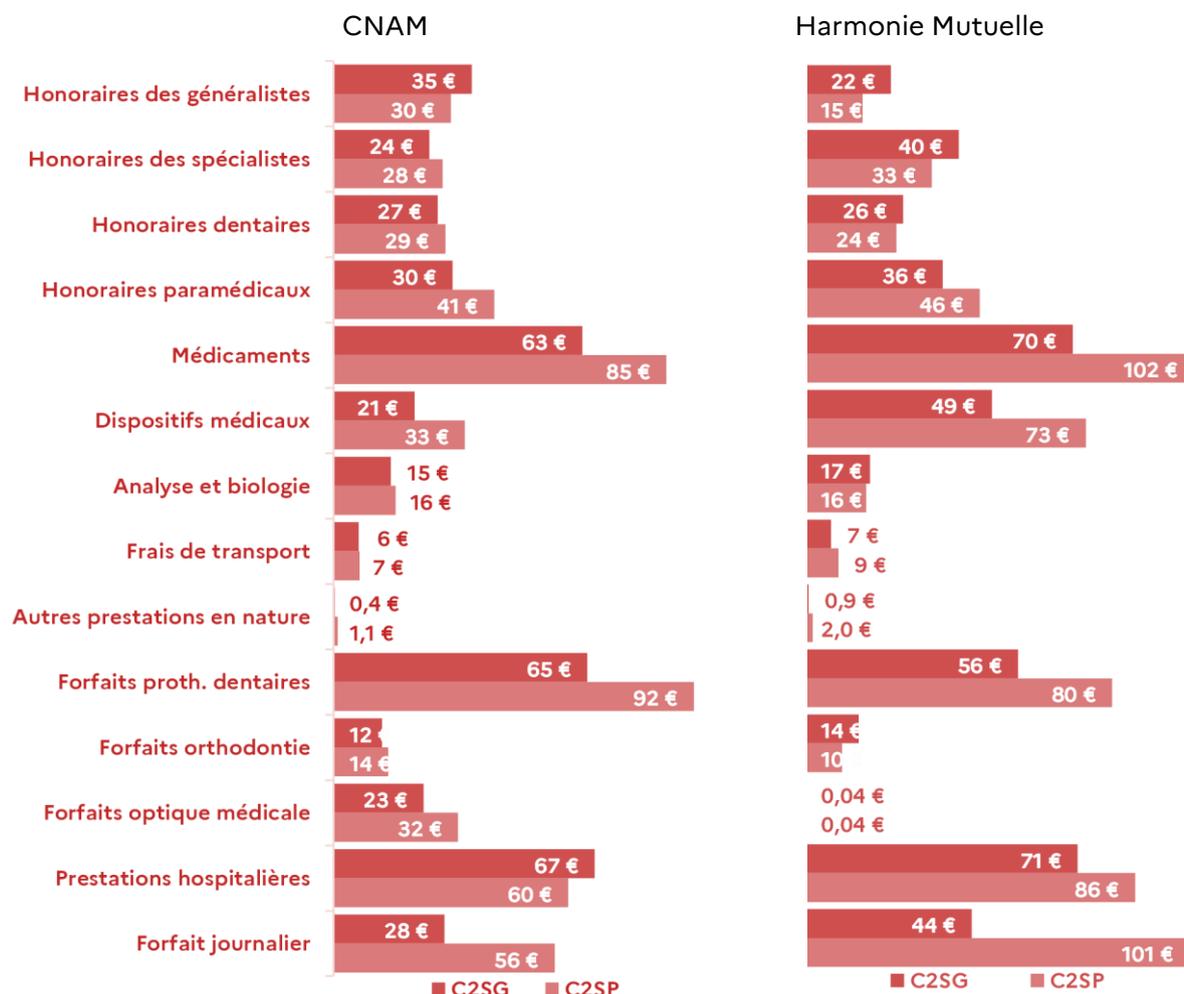
significativement supérieur pour les médicaments, les forfaits prothèses dentaires, les honoraires paramédicaux et les dispositifs médicaux. Le poste des dispositifs médicaux est plus délicat à comparer. Le régime général distingue en effet la dépense complémentaire pour l'optique (« 100 % santé ») de celle des dispositifs médicaux, là où l'organisme complémentaire continue de l'agréger. Les montants moyens supérieurs pour la C2SP, pour les postes de soins précités, s'expliquent par l'âge plus avancé des bénéficiaires.

Les postes pour les forfaits prothèses dentaires, ainsi que pour le forfait journalier hospitalier couvrent des dépenses hors ticket modérateur. Ces deux postes concentrent un quart de la dépense globale de la C2S. En sus du ticket modérateur, la C2S prend en charge la différence entre le prix de vente au tarif « 100 % santé » et le tarif de responsabilité (part assurance maladie obligatoire + part ticket modérateur).

³⁹ Le montant annuel moyen de dépense par bénéficiaire est obtenu par la division de la dépense de chaque poste par les effectifs moyens sur une année donnée. La limite de cet indicateur est qu'il ne reflète pas le montant réel engagé pour une personne consommante.

⁴⁰ Harmonie Mutuelle concentre 31 % de la dépense et 33 % des effectifs de la C2SG-OC ainsi que 25 % de la dépense et 28 % des effectifs de la C2SP-OC. La population couverte est plus âgée que celle du Régime général (CNAM). Les personnes âgées de 40 ans et plus représentent 38 % des bénéficiaires de la C2SG (contre 29 % à la CNAM) et 70 % des bénéficiaires de la C2SP (contre 59 % à la CNAM), dont 45 % de plus de 60 ans (contre 34 % à la CNAM). La part plus importante de personnes plus âgées explique en grande partie le fait que la dépense moyenne par bénéficiaires soit plus élevée.

■ Graphique 7 – Dépense moyenne par bénéficiaire, par poste et par type de C2S (C2SG – C2SP), 2022, Régime général (CNAM) et Harmonie Mutuelle (OC)⁴¹



Source : CNAM et SLM, Harmonie Mutuelle

D. Le circuit de facturation des soins par les organismes complémentaires

Pris en application de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, le décret de simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire⁴² a mis fin à l'ancien circuit de facturation des actes de soins consommés par les bénéficiaires de la C2S qui ont opté pour une gestion de leur contrat par un organisme complémentaire.

Auparavant, les caisses d'assurance maladie obligatoire facturaient aux organismes

complémentaires la part complémentaire des dépenses de santé qu'elles versaient au professionnel de santé dans le cadre du tiers payant. Les organismes complémentaires remboursaient ensuite la somme avancée par les caisses et déduisaient le montant correspondant de leur taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Ce système « circulaire » de facturation, lourd en gestion, induisait des décalages de trésorerie entre les caisses d'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

⁴¹ Principal organisme complémentaire gestionnaire de la C2S.

⁴² Décret n° 2022-1662 du 27 décembre 2022 modifiant certaines dispositions relatives au financement de la complémentaire santé solidaire.

Depuis le 1^{er} janvier 2023, la part complémentaire des actes de soins réalisés par les bénéficiaires de la C2S est directement prise en charge par les caisses d'assurance

maladie obligatoire, qui sont ensuite remboursées par le fonds dédié à la C2S de la CNAM.

II. LE FINANCEMENT DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE PAR LA TAXE DE SOLIDARITE ADDITIONNELLE

A. L'affectation de la taxe de solidarité additionnelle

Les dépenses du fonds dédié à la complémentaire santé solidaire, créé au sein de la CNAM, sont financées, en plus des éventuelles participations financières, par l'affectation d'une partie de la taxe de solidarité additionnelle, correspondant au

rendement sur certains contrats, et à une fraction du produit de la TSA sur les contrats « classiques » à hauteur du besoin de financement résiduel du fonds. L'éventuel solde excédentaire est affecté à la CNAM (voir tableau 1).

■ **Tableau 1 – Affectation de la taxe de solidarité additionnelle**

Contrats	Taux de TSA	Part affectée au fonds CSS auprès de la CNAM en 2022	Part affectée à la CNAM en 2022
Contrats classiques responsables	13,27%	affectation ex post	solde
Contrats classiques non responsables	20,27%		
Contrats 1 ^o art.998 CGI	6,27%	6,27%	0,00%
Contrats agricoles			
Contrats agriculteurs responsables	6,27%	6,27%	0,00%
Contrats agriculteurs non responsables	20,27%	20,27%	0,00%
Contrats au 1er euro	14,00%	14,00%	0,00%
Contrats IJ			
Contrats IJ solidaires	7,00%	7,00%	0,00%
Contrats IJ non solidaires	14,00%	14,00%	0,00%

Les contrats soumis à la TSA sont les contrats individuels ou collectifs d'assurance maladie souscrits auprès des sociétés ou entreprises d'assurances, mutuelles ou institutions de prévoyance (IP), soit par des assurés sociaux pour compléter les remboursements effectués par leur régime de sécurité sociale (assurance maladie complémentaire), soit par des non assurés sociaux (travailleurs frontaliers, etc.).

L'assiette de la TSA se décompose en huit « sous assiettes » liées aux caractéristiques des garanties. Les contrats classiques (responsables/non-responsables) représentent 94 % de l'assiette totale. Il s'agit des contrats d'assurance maladie complémentaire souscrits à titre individuel ou collectif.

Les assiettes sont soumises à des taux différenciés qui peuvent aller de 6,27 % à 20,27 % selon la nature des contrats.

B. L'évolution de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle

En 2022, l'assiette de la TSA s'élève à 41 Md€, en augmentation de 2,3 % par rapport à 2021 (+ 0,94 Md€). Les évolutions ont été les suivantes ces dernières années :

- Après la stagnation de l'assiette observée en 2020 en lien avec le contexte de crise sanitaire, l'augmentation a été très dynamique en 2021 (+ 3,6 %) ;
- Pour mémoire, antérieurement, elle avait augmenté à un niveau inattendu de 3,4 %

en 2019, faisant suite à une faible progression de 0,9 % en 2018.

Au sein des huit sous-assiettes constitutives de la TSA, les contrats santé classiques solidaires et responsables occupent une place prépondérante puisqu'ils représentent 90 % du total de l'assiette (3,3 % pour les contrats santé classiques non-solidaires et/ou non-responsables).

■ **Tableau 2 – L'assiette de TSA en 2022 – Évolution entre 2021 et 2022 (en milliers d'euros)⁴³**

	Assiettes_TSA								
	GSante_Resp (CTP 130)	GSante_NonRespons (CTP 131)	CAgricoles_Resp (CTP 132)	CAgricoles_NonResp (CTP 133)	GIJ_Resp (CTP 134)	GIJ_NonResp (CTP 135)	C1Euro (CTP 136)	C998CGI (CTP 993)	Total
2021 (TR)	36 058 585	1 443 211	1 116 180	13 226	434 581	803 897	65 198	162 360	40 097 238
2022 (TR)	37 075 400	1 359 813	1 134 023	9 303	444 776	785 584	67 461	158 907	41 035 268
Structure 2022 (%)	90,4%	3,3%	2,8%	0,0%	1,1%	1,9%	0,2%	0,4%	100,0%
Evol. 2022/2021 (montants)	1 016 815	-83 397	17 843	-3 924	10 195	-18 312	2 263	-3 453	938 030
Evol. 2022/2021 (%)	2,8%	-5,8%	1,6%	-29,7%	2,3%	-2,3%	3,5%	-2,1%	2,3%

Champ : tous redevables de la TSA en 2021 et 2022 ayant déclaré une assiette non nulle

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

L'évolution observée au global est toujours influencée par un faible nombre d'organismes complémentaires (OC) en lien avec la forte concentration du marché. Ainsi, en 2022, les dix OC qui comptabilisent les plus fortes baisses en montant représentent à eux seuls 81 % du montant total des baisses enregistrées (18 % pour le premier). À l'inverse, les dix OC qui comptabilisent les plus fortes hausses en montants représentent à eux seuls 46 % du montant total des hausses enregistrées (10 % pour le premier). Les variations importantes peuvent correspondre à :

- L'évolution de l'activité propre des OC (développement, contraction) ;

- Des transferts au sein du marché : transferts de portefeuilles, fusions/absorptions ;
- Un contexte économique exceptionnel, avec des répercussions sur le marché (crise sanitaire en 2020, contexte inflationniste).

Le **produit de la TSA** (soit la somme des assiettes multipliées par le taux correspondant au type de contrat) en 2022 est de 5,43 Md€, en hausse de 2,2 % (+ 117 M€) par rapport à 2021. Le produit de la contribution forfait patientèle médecin traitant⁴⁴ s'élève en 2022 à 328 M€, en hausse de 2,3 %.

⁴³ Précisions sur les contenu des colonnes du tableau : Garanties santé solidaires et responsables ; Garanties santé non solidaires et ou non responsables ; Contrats agricoles garanties santé responsables ; Contrats agricoles garanties santé non responsables ; Garanties indemnités journalières complémentaires solidaires ; Garanties indemnités journalières complémentaires non solidaires ; Garanties santé couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ; Garanties santé des contrats collectifs visés au 1er de l'article 998 du CGI.

⁴⁴ La contribution des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération, par le biais du « forfait patientèle médecin traitant », est déclarée et versée lors du 4^e trimestre (exigible au 31 janvier de l'année suivante) puis reportée sur le tableau récapitulatif annuel (exigible au 30 juin de l'année suivante). L'assiette de la contribution est constituée de l'ensemble des sommes assujetties à la TSA. Son taux est de 0,8%

■ **Tableau 3 – Le rendement de la taxe TSA en 2022 – Évolution entre 2021 et 2022 (en milliers d’euros)**

	Produit_TSA (assiettes*Taux)								Total général
	GSante_Resp (CTP 130)	GSante_NonRes p (CTP 131)	CAgricoles_Resp (CTP 132)	CAgricoles_NonResp (CTP 133)	GIJ_Resp (CTP 134)	GIJ_NonResp (CTP 135)	C1Euro (CTP 136)	C998CGI (CTP 993)	
2021 (TR)	4 784 974	292 539	69 984	2 681	30 421	112 546	9 128	10 180	5 312 452
2022 (TR)	4 919 906	275 634	71 103	1 886	31 134	109 982	9 445	9 963	5 429 053
Structure 2022 (%)	90,6%	5,1%	1,3%	0,0%	0,6%	2,0%	0,2%	0,2%	100,0%
Evol. 2022/2021 (montants)	134 931	-16 905	1 119	-795	714	-2 564	317	-217	116 600
Evol. 2022/2021 (%)	2,8%	-5,8%	1,6%	-29,7%	2,3%	-2,3%	3,5%	-2,1%	2,2%

Champ : tous redevables de la TSA en 2021 et 2022 ayant déclaré une assiette non nulle

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

Les OC enregistrant une hausse de leur assiette observent une hausse moyenne de 4,7 % (5,5 % pour les baisses). Ces OC sont très majoritaires dans la mesure où ils correspondent à 66 % des déclarants et représentent 83 % de l’assiette déclarée.

Comme indiqué *supra*, la concentration au sein des baisses est beaucoup plus marquée que celle observée au sein des hausses.

En 2022, le rendement net de la TSA⁴⁵ s’élève à 5 Md€, en hausse de 181 M€ (+3,7 % par rapport à 2021). Le différentiel par rapport à la hausse observée sur le produit de taxe s’établit à +1,5 points.

Le rendement net est plus élevé du fait de la baisse des montants de dépenses de C2S sans et avec participation financière, déduits sur le produit de taxe. Cela découle d’un

désengagement progressif des OC sur cette gestion.

Les dépenses de C2SG ont baissé de 28 M€ (-13,9 %) pour s’établir à 172 M€. Celles relatives à la C2SP ont baissé de 67 M€ (-15,7 %) pour atteindre 361 M€.

En 2023, du fait de la mise en œuvre de la mesure de simplification des circuits de financement de la C2S, les montants déduits de la TSA due à ce titre seront quasiment nuls (la CNAM et la DSS les estiment à environ 1 % de la dépense comptabilisée en 2022) et le rendement net de la TSA augmentera à due concurrence. La fiabilisation des déclarations par l’URSSAF Caisse nationale prendra en compte les enjeux financiers induits par cette modification, afin de s’assurer de l’effectivité de la baisse attendue.

■ **Tableau 4 – Le rendement net de la TSA en 2022 – Évolution entre 2021 et 2022 (en milliers d’euros)**

	Produits de taxe TSA								CSS (sans particip.)	CSP (avec particip.)			Rendement Net_TSA
	GSante_Resp (CTP 130)	GSante_No nResp (CTP 131)	CAgricoles_Resp (CTP 132)	CAgricoles_NonResp (CTP 133)	GIJ_Resp (CTP 134)	GIJ_NonResp (CTP 135)	C1Euro (CTP 136)	C998CGI (CTP 993)	Montants déduits (CTP 69)	Montants déduits (CTP 78)	Frais_Gestion (CTP 77)	Participations (CTP 76)	
2021 (TR)	4 784 974	292 539	69 984	2 681	30 421	112 546	9 128	10 180	199 288	427 874	21 512	167 574	4 831 352
2022 (TR)	4 919 906	275 634	71 103	1 886	31 134	109 982	9 445	9 963	171 591	360 692	14 970	130 135	5 011 935
Evol. 2022/2021 (montants)	134 931	-16 905	1 119	-795	714	-2 564	317	-217	-27 697	-67 183	-6 542	-37 439	180 583
Evol. 2022/2021 (%)	2,8%	-5,8%	1,6%	-29,7%	2,3%	-2,3%	3,5%	-2,1%	-13,9%	-15,7%	-30,4%	-22,3%	3,7%

Champ : tous redevables de la TSA en 2021 et 2022 ayant déclaré une assiette non nulle

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

⁴⁵ (Somme des assiettes multipliées par le taux correspondant au type contrat) - (dépenses C2S/C2SP +

frais de gestion relatifs à la C2SP) + (participations versées par les personnes couvertes par la C2SP).

C. La répartition de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle

1. Un marché de la complémentaire santé en constante évolution et caractérisé par une forte concentration

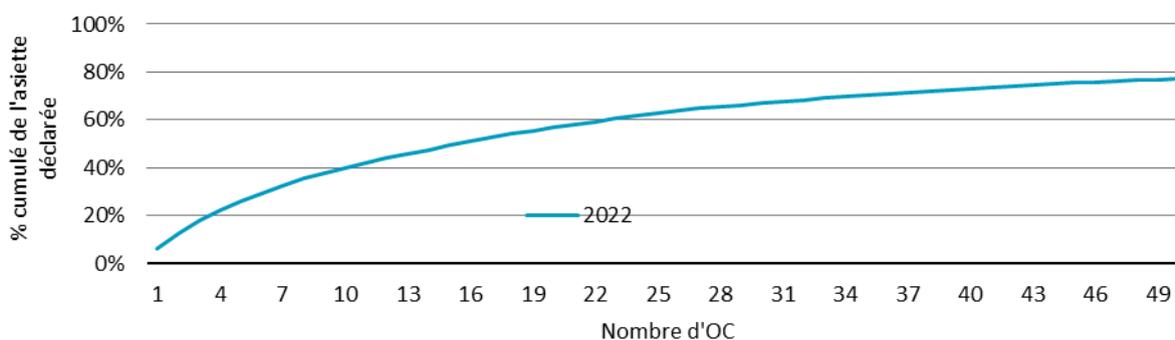
Le marché de la couverture complémentaire santé est caractérisé par une forte concentration. Ainsi, sur 434 OC ayant déclaré une assiette non nulle en 2022 :

- Les 10 premiers déclarent 40 % de l'assiette totale ;
- Les 50 premiers déclarent 77 % de l'assiette totale.

Cette forte concentration oblige à une approche ciblée des évolutions du marché.

La concentration du secteur s'accroît progressivement, au gré notamment des regroupements d'organismes dans le cadre de fusions ou d'absorptions. Entre 2021 et 2022, le nombre d'organismes complémentaires redevables de la TSA est passé de 453 à 434.

■ Figure 1 – Concentration de l'assiette de la TSA en 2022

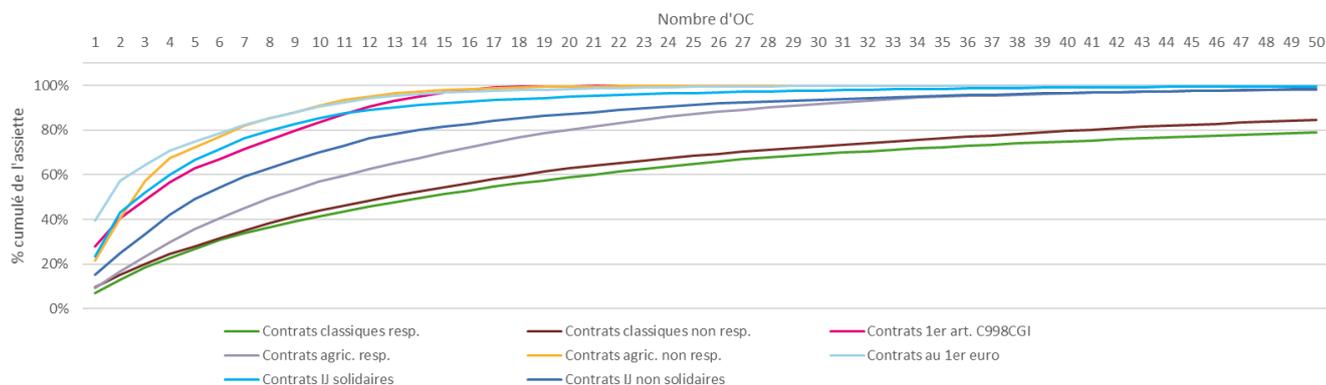


Champ : 50 premiers organismes complémentaires redevables de la TSA en 2022

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

Lecture : au sein des OC ayant déclaré une assiette non-nulle en 2022 : 10 OC déclarent 40 % de l'assiette totale déclarée par l'ensemble des OC, les 50 premiers OC en déclarent 77 %

■ Figure 2 – Concentration des huit assiettes constitutives de la TSA en 2022



Champ : tous redevables de la TSA en 2022

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

Lecture : au sein des organismes complémentaires ayant déclaré une assiette relative aux contrats au 1er euro en 2022 : 5 déclarent 76 % de l'assiette concernée, les 10 premiers en déclarent 90 %.

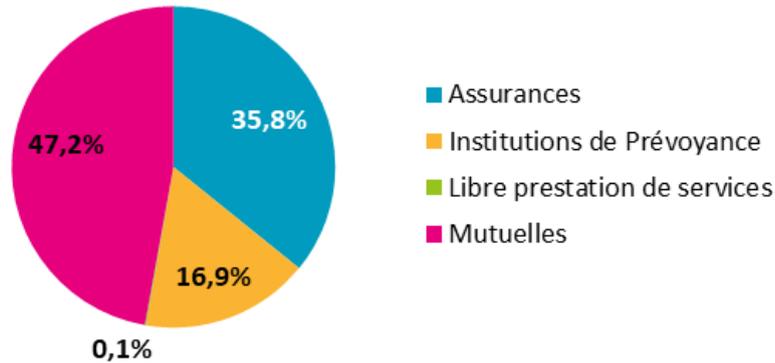
2. Les différents types d'organismes complémentaires et leurs caractéristiques

En 2022, l'assiette de la TSA reste majoritairement composée des primes des contrats commercialisés par les mutuelles qui ont déclaré 47 % des montants, même si la

tendance est à une lente érosion dans le temps au profit des sociétés d'assurance.

Les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance représentent respectivement 36 % et 17 % des primes assujetties à la taxe.

■ **Figure 3 – Répartition de l'assiette de la TSA entre les différentes natures d'organismes complémentaires en 2022**



Champ : tous redevables de la TSA en 2022

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

Précision : les « LPS » correspondent à des organismes étrangers intervenant en libre prestation de services en France

L'appréciation des évolutions par nature d'OC se révèle délicate dans un contexte où les logiques de marché conduisent couramment à des imbrications entre organismes de nature différente. La logique concurrentielle oblige en effet les acteurs à devenir des opérateurs globaux et à dépasser le strict cadre de la santé. Les organismes sont désormais incités à proposer également des garanties en matière de prévoyance, de retraite, d'assurance automobile et habitation à leurs clients. Cela passe notamment par des alliances entre structures de natures différentes.

La caractérisation des OC selon leur nature montre cependant des différences marquées.

Les 25 **institutions de prévoyance** recensées comme redevables de la TSA regroupent 17 % de l'assiette totale et 6 % des organismes. Composée à 93 % de garanties classiques responsables, l'assiette TSA déclarée s'élève en moyenne à 277 M€ en 2022. Il s'agit dans l'ensemble de grandes structures : 20 des 25 institutions de prévoyance déclarent un montant supérieur à 10 M€, dont 13 avec une assiette supérieure à 100 M€.

En 2022, BTP Prévoyance est revenue en première position du palmarès des institutions de prévoyance avec un montant d'assiette de TSA déclaré de 1,50 Md€, suivie de près par Malakoff Humanis Prévoyance (1,47 Md€). AG2R Réunica Prévoyance ressort en troisième position du classement (1,32 Md€). Les institutions de prévoyance font partie de groupes de protection sociale intervenant sur d'autres champs de l'assurance (retraite, décès, incapacité, invalidité, etc.).

Les 106 **sociétés d'assurance** (110 en 2021) représentent 36 % de l'assiette et 24 % des organismes. Présentes sur l'ensemble des garanties, elles représentent notamment 59 % des cotisations relatives aux contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français. Le montant moyen d'assiette déclaré par les assureurs s'élève à 139 M€. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organismes. 62 sociétés d'assurance déclarent une assiette supérieure à 10 M€, dont 29 à plus de 100 M€. L'assiette la plus

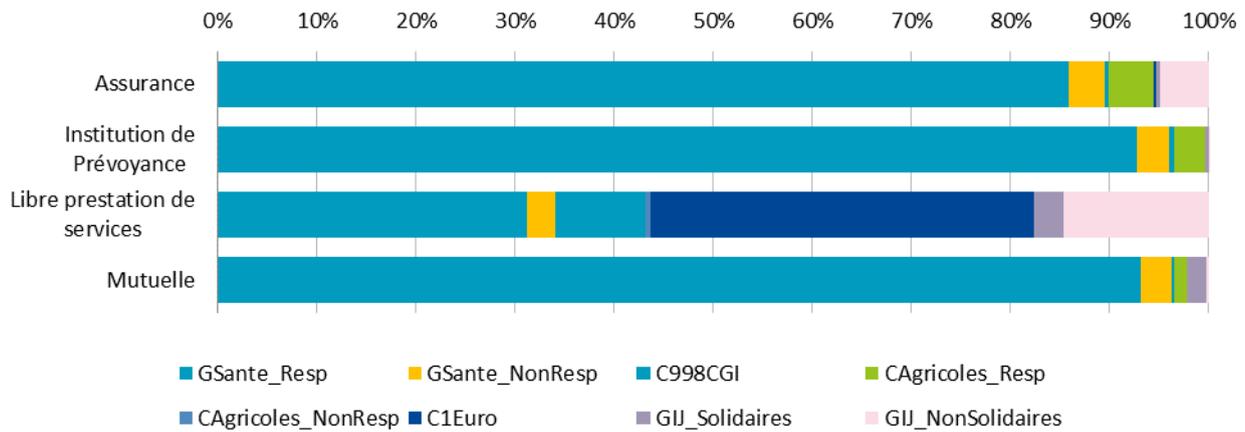
importante est déclarée par Axa France Vie avec 2,61 Md€, suivie de Générali Vie avec 1,15 Md€. Les autres sociétés d'assurance déclarant un montant inférieur à 10 M€ présentent en moyenne une assiette de 1,8 M€. Il s'agit principalement de petites structures ou de sociétés de taille moyenne dont l'activité santé est marginale.

Quant aux 271 **mutuelles** recensées (286 en 2021), avec un montant moyen d'assiette de 71 M€, elles regroupent 47 % de l'assiette déclarée et 62 % des organismes. À l'instar des institutions de prévoyance, les contrats classiques responsables y représentent 93 % de l'assiette totale déclarée. Le montant le plus important est déclaré par Harmonie Mutuelle

avec 2,66 Md€ suivie de la MGEN (2,21 Mds€). Le monde de la mutualité, malgré les mutations en cours, demeure très morcelé. On dénombre par ailleurs des mutuelles, généralement de petite taille, qui existent encore juridiquement mais qui sont substituées par des structures plus importantes. Dans la plupart des cas, leur déclaration est intégrée à celle de leur « substituable ».

Les redevables de TSA incluent également 32 comptes d'organismes complémentaires étrangers intervenant en libre prestation de services (LPS), chez qui le volume des contrats au premier euro est majoritaire. Leur part est négligeable dans l'assiette totale (0,1 %).

■ **Figure 4 – Proportion de chaque assiette constitutive de la TSA au sein de chaque nature d'OC en 2022**

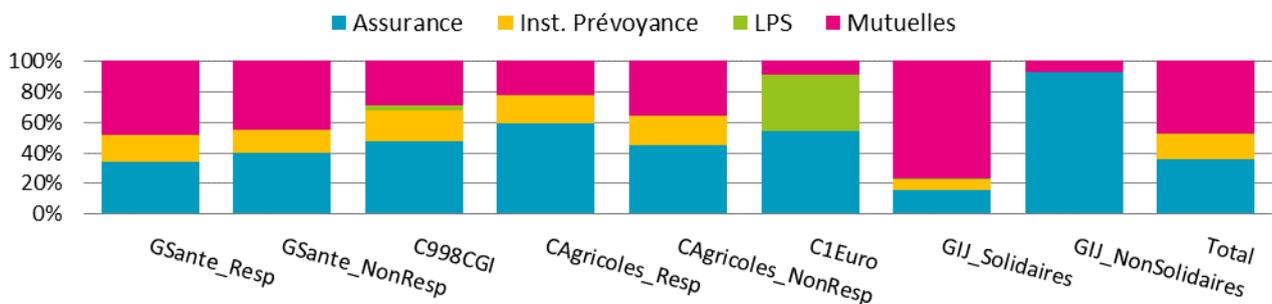


Lecture : 86 % de l'assiette déclarée par les assureurs correspondent à des garanties santé responsables et 4 % à des garanties santé non-responsables

Champ : tous redevables de la TSA en 2022

Source : télédéclarations des redevables de la TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

■ **Figure 5 – Part respective par nature d'OC au sein de chaque assiette constitutive de la TSA en 2022**



Note de lecture : 34 % du montant des garanties santé responsables sont déclarés par les assureurs ainsi que 59 % des montants relatifs aux contrats au premier euro

Champ : tous redevables de la TSA en 2022

Source : télédéclarations des redevables de TSA. Situation déclarative arrêtée au 8 août 2023

III. LA FIABILISATION ET LE CONTRÔLE DE LA TAXE DE SOLIDARITE ADDITIONNELLE

A. Les enjeux et les acteurs de la mission de fiabilisation et de contrôle

1. L'enjeu financier de la fiabilisation de la déclaration à la TSA

La fiabilisation de la déclaration à la TSA porte sur 6,4 Md€ en valeur absolue en 2022 et se répartit de la manière suivante selon les rubriques :

- Produit de TSA : 5,4 Md€
- Forfait patientèle médecin traitant : 328 M€
- Dépenses de C2S sans participation : 172 M€

- Dépenses de C2S avec participation : 361 M€, montant porté à 506 M€ en valeur absolue, si on prend en compte les participations payées par les assurés et les frais de gestion

En fiabilisant l'assiette de la TSA, on fiabilise simultanément les deux premières rubriques dont les bases de calcul sont identiques. Elles représentent de loin l'enjeu financier le plus important, soit 89 % de l'enjeu financier total.

2. Les acteurs intervenant dans le cadre de la mission de fiabilisation et de contrôle

Plusieurs acteurs interviennent dans le cadre de la TSA :

- L'URSSAF Île-de-France exploite les déclarations, assure le front office et le recouvrement. Elle est l'interlocutrice unique des organismes complémentaires sur ce champ ;

- L'URSSAF Caisse nationale pilote l'offre TSA, qui correspond à l'ensemble du bouquet de services offert aux usagers en matière de TSA, et assure la mission de fiabilisation des déclarations ;
- Les inspecteurs du recouvrement URSSAF contrôlent la TSA.

Urssaf Île de France	Urssaf Caisse nationale	Inspecteurs du recouvrement
Exploite les déclarations	Pilote l'offre TSA ainsi que la fiabilisation	Contrôlent les déclarations
Relance des OC : déclarations/champs manquants	Implémentation des nouvelles mesures et adaptation du système d'information	Demandent les pièces justificatives jusqu'à l'examen de la comptabilité
Contacte les OC enregistrant certaines incohérences (initiative DRCPM)	Travail préventif : ciblage des enjeux les plus importants, développement d'outils d'analyse (tableaux de bord, etc.)	Peuvent procéder à des redressements
	Contrôles de cohérence	Interviennent dans le cadre de leurs contrôles habituels + à la demande de l'Urssaf Caisse nationale
	Retour vers les OC	
	Exploitation des résultats au service des politiques publiques	
Champ d'intervention : exhaustivité des déclarations	Champ d'intervention : spectre large	Champ d'intervention : environ 20 OC / an

Source : URSSAF Caisse nationale

3. Le contenu de la fiabilisation

La mission de fiabilisation assurée par l'URSSAF Caisse nationale recouvre plusieurs axes d'intervention dont les principaux sont :

- En lien avec l'URSSAF d'Île-de-France, s'assurer de l'exhaustivité des déclarations sur le champ des redevables connus ;
- En lien avec la DSS, s'assurer de l'exhaustivité des redevables sur la base de l'exploitation par cette dernière des parutions dans le Journal Officiel de République Française, concernant notamment les créations ou les suppressions d'organismes complémentaires intervenant dans le champ de la TSA et les agréments ;
- Interroger les organismes complémentaires observant des évolutions atypiques dans leurs déclarations. L'URSSAF Caisse nationale interroge systématiquement les organismes dont l'assiette enregistre une évolution significative en négatif ou positif sur la base de seuils d'alerte prédéterminés. En plus d'expliquer l'origine de l'évolution, les échanges avec les organismes

complémentaires dans ce cadre ont également pour but de les accompagner dans l'appropriation des règles en vigueur. Ils permettent également de mieux appréhender les tendances de marché dont la TSA constitue l'indicateur le plus fiable ;

- Tracer les montants déclarés par les organismes complémentaires après leur disparition, par un suivi de la cohérence de l'évolution de la déclaration par l'organisme absorbant. Dans ces situations, le risque est important, dans la mesure où il concerne la totalité du montant déclaré l'année précédente par l'organisme complémentaire disparu ;
- Vérifier que les organismes complémentaires qui déduisent des montants de dépenses de C2S sans ou avec participation sont bien inscrits sur la liste des organismes complémentaires gestionnaires tenue par la DSS. La cohérence des montants déclarés est également examinée sur la base du coût moyen suivi par la DSS.

B. Les opérations de fiabilisation et de contrôle et leurs résultats

1. La fiabilisation de la TSA a permis de récupérer un montant de 4 M€ sur le champ de la contribution forfait patientèle médecin traitant en 2022

En 2022, 28 organismes complémentaires ont été interrogés sur l'évolution de l'assiette de la TSA qu'ils avaient déclarée. Cette fiabilisation a couvert 17 % de l'assiette et 8 % des redevables.

Sur la dernière période triennale, de 2020 à 2022, 25 % des redevables ayant déclaré 45 % de l'assiette ont été interrogés dans ce cadre⁴⁶. Ce taux important de couverture permet non seulement de veiller à un juste recouvrement de la TSA, mais également d'assurer un rôle d'accompagnement des organismes

complémentaires, participant en cela à une action préventive de couverture des risques.

La fiabilisation consiste à s'assurer que les évolutions importantes enregistrées par les organismes complémentaires, à la baisse ou à la hausse, sont justifiées et à leur donner l'opportunité de s'autocontrôler.

Sur le champ de la contribution forfait patientèle médecin traitant (FPMT), 73 organismes complémentaires ont été interrogés pour des écarts sur l'assiette FPMT par rapport à l'assiette de la TSA. Des

⁴⁶ Sur trois ans, il s'agit de cumuls dédoublonnés : aussi, si un OC a été fiabilisé plusieurs fois sur la période, il n'est

comptabilisé qu'une fois. Les cumuls dédoublonnés sont inférieurs aux cumuls annuels dans le tableau

rectifications ont été effectuées par les organismes complémentaires concernés,

lesquelles ont permis de récupérer un montant net de contribution de 4 millions d'euros.

■ **Tableau 1 – Le taux de couverture de la fiabilisation de l'assiette de la TSA**

Année	Champ couvert par la fiabilisation menée par l'Urssaf Caisse nationale (vérifications du Fonds de la Complémentaire Santé solidaire avant le 4ème trimestre 2020)		
	En % du Nbre de redevables de la TSA	En % de l'assiette TSA	Cumul en % de l'assiette TSA 2020_2022 (*)
2016	12%	38%	
2017	11%	44%	
2018	11%	36%	
2019	8%	13%	
2020	15%	34%	45%
2021	8%	17%	
2022	7%	13%	

(*) cumul dédoublonné par OC sur trois ans (1 même OC n'est comptabilisé qu'une fois)

Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire / Urssaf Caisse nationale

2. Sur les trois dernières années, le contrôle de la TSA par les Urssaf a porté sur des OC ayant déclaré 14 % de l'assiette de la taxe

Le plan de contrôle des URSSAF sur le champ de la TSA a deux origines :

- Le contrôle de cette taxe s'intègre dans le cadre des vérifications réalisées lors des contrôles comptables d'assiette des comptes des employeurs (faire coïncider la vérification de la TSA avec le contrôle du compte de l'employeur de l'organisme complémentaire) ;
- Dans le cadre des orientations du Plan d'Actions Nationales de Contrôle, un plan établi en commun avec la DRCPM de l'URSSAF Caisse nationale⁴⁷ est communiqué au réseau des URSSAF.

En 2022, les URSSAF ont clôturé 17 contrôles sur le champ de la TSA (rapports de contrôles déposés en 2022).

Ces contrôles ont porté sur 4 % des redevables de la TSA et sur 7 % de l'assiette de la TSA.

Sur la période triennale 2020-2022, les contrôles ont couvert 10 % des redevables et 14 % de l'assiette.

Les contrôles de la TSA clôturés en 2022 ont généré un montant total de régularisations de 6,10 M€ : 5,22 M€ de régularisations positives (redressements en faveur de l'Urssaf) et 0,88 M€ de régularisations négatives (restitutions en faveur des organismes complémentaires).

Au sein des régularisations positives, sur les trois dernières années, 98 % ont pour origine l'assiette de la TSA.

⁴⁷ Auparavant, ce plan était établi en commun avec le Fonds de la complémentaire santé solidaire, disparu en 2021.

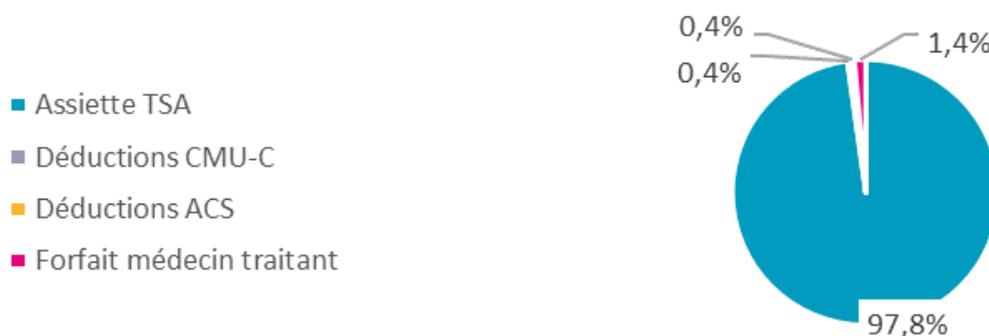
■ **Tableau 2 – Le contrôle des URSSAF sur le champ de la TSA**

Année	Champ couvert par les contrôles URSSAF		
	En % du Nbre de redevables de la TSA	En % de l'assiette TSA	En % de l'assiette TSA (cumul 2020-2022) (*)
2016	4%	7%	
2017	3%	12%	
2018	5%	18%	
2019	3%	12%	
2020	3%	6%	14%
2021	3%	1%	
2022	4%	7%	

(*) cumul dédoublonné par OC sur 3 ans (1 même OC n'est comptabilisé qu'une fois)

Source : URSSAF Caisse nationale

■ **Figure 1 – Répartition des montants des redressements positifs selon l'objet du contrôle sur la période 2020 – 2022**



Source : URSSAF Caisse nationale

Les contrôles des URSSAF sur le champ de la TSA présentent deux caractéristiques toujours observées dans le temps :

- L'enjeu principal des régularisations porte sur l'assiette de la TSA ;
- L'enjeu du contrôle est toujours fortement concentré sur un faible nombre d'organismes complémentaires.

ANNEXES

Plafonds de ressources et tarifs des contributions financières applicables à la C2S

Plafonds de ressources au 1^{er} avril 2023⁴⁸ :

Métropole

Nombre de personnes dans le foyer	C2S gratuite		C2S avec participation financière	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	9 719 €	810 €	13 120 €	1 093 €
2	14 578 €	1 215 €	19 680 €	1 640 €
3	17 494 €	1 458 €	23 616 €	1 968 €
4	20 409 €	1 701 €	27 533 €	2 296 €
<i>Par personne en +</i>	3 887 €	324 €	5 248 €	437 €

Départements d'Outre-mer

Nombre de personnes dans le foyer	C2S gratuite		C2S avec participation financière	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	10 817 €	901 €	14 603 €	1 217 €
2	16 225 €	1 352 €	21 904 €	1 825 €
3	19 470 €	1 623 €	26 285 €	2 190 €
4	22 716 €	1 893 €	30 666 €	2 556 €
<i>Par personne en +</i>	4 327 €	361 €	5 841 €	487 €

*Les moyennes mensuelles sont fournies à titre indicatif

⁴⁸ Les plafonds de ressources sont revalorisés chaque année le 1^{er} avril en fonction de l'indice des prix à la consommation hors tabac.

Montants de la C2S avec participation financière par assuré couvert :

Métropole et départements d'Outre-mer

Âge au 1er janvier de l'année d'attribution de la C2S	Montant mensuel	Montant annuel
29 ans et moins	8 €	96 €
30 à 49 ans	14 €	168 €
50 à 59 ans	21 €	252 €
60 à 69 ans	25 €	300 €
70 ans et plus	30 €	360 €

Alsace-Moselle

Âge au 1er janvier de l'année d'attribution de la C2S	Montant mensuel	Montant annuel
29 ans et moins	2,80 €	33,60 €
30 à 49 ans	4,90 €	58,80 €
50 à 59 ans	7,30 €	87,60 €
60 à 69 ans	8,70 €	104,40 €
70 ans et plus	10,50 €	126 €



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Conseil national des politiques de lutte
contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Avis 2023 sur la complémentaire santé solidaire (CSS)

**Rapport adopté en plénière extraordinaire du
CNLE le jeudi 25 janvier 2024**

Sommaire

INTRODUCTION

PREAMBULE

I AMELIORATIONS ET AJUSTEMENTS DU DISPOSITIF DE SOINS

II AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS POUR LES PERSONNES PRECAIRES ET LUTTE CONTRE LE NON-RECOURS

III MESURES D'HARMONISATION ET DE SIMPLIFICATION DU DISPOSITIF

IV ANNEXES

- Récapitulatif des propositions du CNLE au titre de l'avis 2023
- Cas types illustrant la situation des ménages lorsque leur revenu est le plus élevé possible pour avoir droit à la CSS sans ou avec participation
- Quelques références bibliographiques sur la situation de l'offre de soins en France
- Parcours-usagers de la C2S des membres du 5^{ème} collègue du CNLE
- Liste des membres du groupe de travail sur l'avis C2S du CNLE

Introduction

Le CNLE a été saisi à la fin de l'année 2023 pour rendre un avis sur la complémentaire santé solidaire (CSS) conformément à l'article 862-7 du code de la Sécurité sociale¹. Le rapport annuel sur la CSS a été présenté par la direction de la sécurité sociale (DSS) qui coordonne la rédaction du rapport et les travaux d'évaluation du dispositif en lien avec les directions concernées (Drees), la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la Mutualité sociale agricole (MSA).

Cette consultation du CNLE intervenant au début de la nouvelle mandature, il est apparu nécessaire d'organiser avec l'appui de la DSS une réunion d'information sur la CSS dédiée aux personnes concernées, membres du 5ème collège afin de leur permettre une participation active aux échanges en séance plénière suite à la présentation du rapport.

L'avis a été élaboré par un groupe de travail composé de membres de chaque collège qui s'est réuni à deux reprises. Il était présidé par le docteur Bernard Moriau, Médecins du monde (cf liste de membres du GT en annexe). Un atelier sur le parcours de soins a aussi été organisé avec les membres du 5ème collège avec l'appui de KPMG. Le présent avis est le fruit des travaux du groupe de travail mais aussi des observations issues de cet atelier et de contributions additionnelles transmises par certains membres du CNLE. ***Il a été adopté en session extraordinaire du Conseil le 25 janvier 2024.***

Le présent avis est découpé en trois parties. Dans le cadre de ce nouvel avis, le CNLE reconduit certaines recommandations formulées par le CNLE dans les avis et les travaux menés ces dernières années mais formule aussi de nouvelles propositions au Gouvernement.

Pour toutes les propositions détaillées dans le présent avis, **le CNLE souligne l'impératif de co-construction des solutions avec les usagers de la C2S**. Le CNLE attire l'attention sur le fait que cette forme de participation exige une attention particulière d'accompagnement et de pédagogie des personnes en situation de pauvreté afin d'éviter les écueils d'une participation « alibi ».

Remerciements

Le CNLE remercie le secrétariat général du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, la fédération France Assos Santé et la Ligue nationale contre le cancer pour leurs contributions ou relectures.

¹ Le rapport annuel ayant été communiqué en décembre au secrétariat général du CNLE, la consultation des membres du Conseil a été retardée au mois de janvier 2024 en accord avec le secrétariat général du gouvernement (SGG).

Préambule

La première partie est axée sur des propositions pour améliorer et ajuster le dispositif. La deuxième partie est consacrée aux propositions pour améliorer le recours à la CSS. Enfin, la troisième partie s'attache aux mesures de simplification de gestion du dispositif à mettre en œuvre pour améliorer voire rendre automatique l'accès à la CSS ou son renouvellement pour ses bénéficiaires.

Le CNLE souligne l'effort réalisé par la DSS pour rendre l'édition 2023 du rapport plus synthétique et pédagogique grâce à la nouvelle structuration du rapport et à la clarté des informations présentées rendues plus accessibles à un public non expert. Le CNLE se félicite qu'il ait été donné suite à la recommandation n° 1 formulée dans son avis 2022² de revoir la présentation du rapport afin de permettre une meilleure compréhension des enjeux de la CSS. Par conséquent, cette recommandation ne sera pas reconduite dans le présent avis.

Le CNLE salue les évolutions et points d'amélioration de la complémentaire santé solidaire permettant à une population croissante de pouvoir bénéficier d'une couverture de soins satisfaisante et d'un panier de soins très étendu mais ces avancées ne peuvent pas faire oublier la dégradation de l'offre de soins sur certains territoires, créant des inégalités d'accès aux soins entre régions et des inégalités de prise en charge parmi les assurés en fonction notamment de leur statut (Affiliés à l'AME, PUMA, CSS)³. Dans le rapport 2023, il est indiqué une augmentation de renoncement aux soins de 14 points entre 2021 et 2022 pour des consultations de généralistes, chiffre corroboré par l'augmentation du renoncement aux soins de 8 à 11 % suite à un refus des praticiens, mettant en exergue les difficultés importantes d'accès à un médecin traitant. Sachant que la population en situation de pauvreté et de précarité a davantage de problèmes de santé que le reste de la population, cette situation dégradée est particulièrement inquiétante (cf annexe « Quelques références bibliographiques sur la situation de l'offre de soins en France »).

Pour répondre aux enjeux de lutte contre le non recours et de lutte pour l'égalité d'accès aux soins,

- ***Le CNLE demande à ce que le Gouvernement donne suite à la proposition formulée par France Assos Santé dans sa note parue au mois de juin 2022⁴ de « mettre en place un régime unique d'assurance maladie pour l'ensemble des personnes résidant sur le territoire quel que soit leur statut avec une prise en charge à 100 %, un panier de soins à la hauteur des besoins de chacun (...) »⁵.***

² [Avis du CNLE sur le rapport annuel de la complémentaire santé solidaire \(C2S\)](#), décembre 2023.

³ Selon une étude de l'Irdes parue en novembre 2023, les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME) consomment des soins de façon équivalente aux bénéficiaires de la CSS à l'exception des soins bien couverts par la CSS et pas couverts par l'AME (soins dentaires, optique).

⁴ [Pour un régime unique d'Assurance maladie avec une prise en charge à 100% d'un panier de soins à la hauteur des besoins et une suppression des dépassements d'honoraires \(france-assos-sante.org\)](#)

⁵ La fédération s'est appuyée sur le scénario 3 du rapport du Haut Conseil sur l'avenir de l'Assurance Maladie [Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire](#), Rapport du HCAAM, janvier 2022.

- Cette solution constituerait une évolution majeure de notre système de santé ayant pour objectif une égalité d'accès aux soins pour tous dans le respect du préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (1946) ⁶:
 - La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
 - La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.
 - Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

C'est **la proposition principale** que souhaite porter le CNLE auprès du Gouvernement dans cet avis. A défaut de la reprendre telle quelle, le CNLE fait des propositions alternatives poursuivant le même objectif.

⁶ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats.

I AMELIORATIONS ET AJUSTEMENTS DU DISPOSITIF DE SOINS

▪ Tiers payant

Le CNLE renouvelle la proposition présentée en 2022 (cf Proposition n°9 dans l'avis 2022). La généralisation du tiers payant total adopté dans la loi santé du 1^{er} janvier 2016 devait devenir obligatoire au 1^{er} décembre 2017 mais n'est toujours pas d'actualité. Cette mesure permettrait de réduire l'effet de seuil pour les sortants de la C2S et les patients situés juste au-dessus du plafond C2S.

➤ *Proposition n°2 : généraliser le tiers payant*

▪ Invalidité, allocation adulte handicapé (AAH), affection longue durée (ALD)

Les personnes en situation d'invalidité bénéficient d'une exonération du ticket modérateur. Leurs soins sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des tarifs de responsabilité, hormis les médicaments non remboursés. Cela constitue un avantage par rapport aux bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) qui ne bénéficient pas de prise en charge à 100% de leurs soins (sauf s'ils sont également en situation d'invalidité). Une partie des bénéficiaires de l'AAH peut également bénéficier d'une couverture améliorée si elle est admise dans le régime des affections longue durée (ALD) mais, dans ce cas, la prise en charge ne porte que sur le périmètre restreint des soins en rapport avec « l'affection exonérante ».

De nombreux travaux ont montré que les personnes en ALD subissaient des restes à charge importants. De plus, l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé (IRDES), dans son *rapport n° 560 Juin 2015*⁷ met en exergue une concentration des inégalités d'accès aux soins courants chez les personnes relevant de l'AAH, avec de surcroît des iniquités par rapport à d'autres populations dans des situations comparables. Ils ont en particulier des restes à charge sur les soins ophtalmologiques et optiques beaucoup plus importants que ceux qui perçoivent une pension d'invalidité. Cette iniquité est ainsi résumée par l'IRDES : « *la situation apparaît donc assez inéquitable selon les motifs de reconnaissance administrative de handicap entre les bénéficiaires de l'AAH, qui cumulent déjà les caractéristiques sociales les moins favorables et qui doivent de surcroît supporter leur ticket modérateur (sauf à être admis en ALD ou à la CMUC-C) et des bénéficiaires de pensions d'invalidité, qui bénéficient de la prise en charge de leur ticket modérateur* ».

➤ *Proposition n°3 : améliorer la prise en charge des soins pour les allocataires de l'AAH par une prise en charge des soins à 100% par l'assurance maladie obligatoire.*⁸

⁷ Rapport de l'IRDES n° 560 Juin 2015 « L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France »

⁸ La proposition n°10 du rapport « [L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité](#) » Ph. Denormandie, M. Cornu-Pauchet. Juillet 2018

La Ligue contre le Cancer, fédération de 103 Comités départementaux répartis sur l'ensemble du territoire national, relève une méconnaissance du dispositif de la C2S, un besoin d'aller-vers et une incompréhension du dispositif de l'ALD

La Ligue contre le cancer rappelle que le cancer peut être générateur de difficultés sociales (suspension ou perte d'emploi, restes à charge, etc.). 4,3 millions d'euros d'aides financières ont été versées en 2022 par les commissions sociales de leurs 103 comités départementaux. 17% des demandes d'aides financières adressées aux commissions sociales proviennent de personnes malades bénéficiant de la C2S et 20% des appels de la permanence sociale nationale ont portées sur des demandes de mutuelles en 2022.

Il est donc essentiel de saisir l'importance de la C2S pour ces profils faisant face à une situation sociale perturbée, quel que soit la situation sociale de départ, précédant l'annonce de la maladie et ses traitements.

◆ La problématique du non-recours : les usagers qui contactent la Ligue sont peu informés de leur droit éventuel à la C2S. "Si personne ne leur en parle, ils ne connaissent pas ce dispositif. Sans recours aux services sociaux, ils restent donc dans une situation d'ignorance. Ils sont également dans une grande difficulté pour accomplir n'importe quelle démarche administrative au regard de l'impact physique et psychologique des traitements."

La Ligue souligne la nécessité d'accentuer l'aller vers par la CNAM en lien avec les associations pour donner toute l'information et aider les personnes à accomplir les démarches pour bénéficier de la C2S. Dans le déploiement de ces pratiques, la CNAM pourrait contacter les personnes malades pour prévenir ce non recours en expliquant bien la trajectoire sociale qui les attend (les indemnités journalières en ALD, l'invalidité, le temps partiel thérapeutique etc...).

Enfin, la Ligue a mis en lumière une incompréhension du dispositif de l'ALD qui peut peser sur le recours à une complémentaire: les usagers imaginant être couverts par le régime de l'ALD qui est dit « 100% ALD » annulent parfois leur complémentaire santé. Malheureusement des restes à charge s'accumulent vite (dépassements d'honoraires, prothèses capillaires, soins dits de « confort », franchises, soins dentaires etc.)

▪ Simplification : recentrer la gestion

Les mesures annoncées par la CNAM sont nécessaires mais pas suffisantes pour améliorer le taux de recours et supprimer les effets de seuil encore en cours. En effet la gestion de la C2S est assurée par la CNAM pour 91% des allocataires, en progression constante : par mesure de simplification la totalité du dispositif pourrait être gérée par la CNAM et la MSA, en supprimant le recours aux organismes complémentaires agréés.

➤ ***Proposition n° 4 : simplifier la gestion du dispositif, avec une centralisation à la CNAM et à la MSA pour resserrer la C2S sur un dispositif géré par l'assurance maladie obligatoire uniquement***

▪ La voix des usagers de la santé en situation de pauvreté portée en tous lieux

En France, la représentation des usagers de la santé est encadrée par plusieurs lois et dispositifs visant à assurer leur participation et leur expression dans les décisions liées à la santé.

- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît le droit à l'information pour les patients et renforce la place des usagers dans le système de santé. Elle prévoit la création de commissions des usagers dans les établissements de santé.
- Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie confirme le droit à l'information pour les patients et renforce les dispositifs de représentation des usagers au sein des établissements de santé.
- Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé renforce la démocratie sanitaire en instaurant les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) et en consolidant les droits des usagers. Elle promeut également la participation des usagers aux instances de décision.
- Décret du 26 octobre 2016 relatif aux droits des usagers dans le système de santé : Ce décret précise les modalités d'application de la participation des usagers au sein des établissements de santé. Il fixe notamment les règles de fonctionnement des commissions des usagers.
- Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé réaffirme l'importance de la participation des usagers et renforce le rôle des représentants des usagers au sein des instances hospitalières.

Néanmoins, les personnes les plus fragilisées qui cumulent pauvreté et maladie ne sont pas spécifiquement représentées dans ces instances.

Le CNLE propose d'assurer une représentation des usagers de la C2S dans l'ensemble du paysage sanitaire de France, en complément de la représentation habituelle des usagers. Il s'agit par exemple des conseils de surveillance des hôpitaux, des conseils locaux de santé, des Conférences régionales de la santé et de l'Autonomie...

En effet, cette démarche permettrait de s'assurer que leurs voix soient entendues et que les politiques et les pratiques adoptées prennent en compte leurs besoins spécifiques.

Cette disposition exige symétriquement un accompagnement adapté des personnes accompagnées⁹ et des formations à leur attention pour une participation fructueuse.

- ***Proposition n °5 : assurer la représentation des usagers de la C2S dans la gouvernance des instances de pilotage du secteur sanitaire et en premier lieu dans le comité de suivi de la CSS***

⁹ Voir le rapport CNLE : Les leçons du choc de participation, mai 2023.

▪ Plafond de ressources

Le recours à la CSS à titre gratuit est de 69 % contre 34 % pour la CSS avec participation. Ces résultats représentent une constante du dispositif C2S et constituent un argument contre le non recours et pour une C2S unique non contributive. Ceci d'autant plus que le plafond pour la C2S sans participation est inférieur au seuil de pauvreté et qu'à ces niveaux de revenu, chaque euro compte et il peut être impossible de dégager 20 ou 30 € par mois pour la C2S.

La totalité de la population pauvre, définie par le seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian, doit avoir accès à la C2S. Le CNLE renouvelle ici la proposition n°13 faite dans son avis 2022. Les études de cas présentées en annexe mettent en évidence les effets de seuils en fonction de la composition des ménages, de leurs ressources et de l'écart par rapport au taux de pauvreté. Ainsi, la prise en compte dans la base ressources de la plupart des prestations familiales et des aides au logement implique que la plupart des ménages sortent du droit à l'ASS sans participation avec un niveau de vie nettement inférieur au seuil de pauvreté monétaire à 60 % corrigé de l'inflation¹⁰. Pour les personnes locataires vivant seules, les familles monoparentales avec 2 enfants et les couples avec 2 ou 3 enfants, la perte du droit à l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) avec participation intervient avant même que leur niveau de vie ne dépasse ce seuil de pauvreté (cf études de cas en annexe).

Avec la hausse inédite de 8,1 % en 2024 des mutuelles santé annoncée par la mutualité française dans son enquête parue le 19 décembre 2023, il est à craindre que les personnes qui ne bénéficient pas de la CSS et qui sont au-dessus du seuil de sortie du dispositif de 1 093 euros¹¹ renoncent aux soins faute de pouvoir prendre en charge cette dépense ou arbitrent entre des dépenses contraintes.

- ***Proposition n° 6 : relever le plafond de ressources retenu pour attribuer la CSS sans participation financière au seuil de pauvreté fixé à 60% du revenu médian calculé par l'INSEE corrigé de l'inflation, soit 1 327 euros par unité de consommation.***¹²

¹⁰ Compte tenu de la forte inflation observée entre 2021 et 2023, on compare les revenus disponibles de 2023 au seuil de pauvreté de 2021 (1 1158€) corrigé de l'inflation observée entre janvier 2021 et décembre 2023 (14,58%).

¹¹ Conformément à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, un arrêté fixe le montant du plafond annuel de revenus à ne pas dépasser pour l'accès à la Complémentaire santé solidaire. Toutes les ressources, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande sont prises en compte, exceptées celles mentionnées à l'article R. 861-10 du code de la sécurité sociale. [Plafonds C2S 1er avril 2023\(1\).pdf \(complementaire-sante-solidaire.gouv.fr\)](#) Ainsi, 1093 euros correspond au seuil de sortie du dispositif pour un foyer de 3 personnes ou plus.

¹² Plafonds de ressources applicables à la C2S gratuite au 1^{er} avril 2023 pour une personne seule est estimé à 810 euros et à 1 093 euros pour la CSS avec participation financière (cf annexe rapport annuel 2023)

Première partie : synthèse des propositions du CNLE

- **Nouveau 2023 - Proposition n° 1** : Mettre en place un régime unique d'assurance maladie pour l'ensemble des personnes résidant sur le territoire quel que soit leur statut avec une prise en charge à 100 %, un panier de soins à la hauteur des besoins de chacun ;
- **Reconduction 2022 - Proposition n° 2** : Généraliser le tiers payant ;
- **Nouveau 2023 - Proposition n°3** : Améliorer la prise en charge des soins pour les allocataires de l'AAH par une prise en charge des soins à 100% par l'assurance maladie obligatoire ;
- **Nouveau 2023 - Proposition n°4** : Simplifier la gestion du dispositif, avec une centralisation à la CNAM et à la MSA pour resserrer la C2S sur un dispositif géré par l'assurance maladie obligatoire ;
- **Nouveau 2023 - Proposition n°5** : Assurer la représentation des usagers de la C2S dans la gouvernance des instances de pilotage du secteur sanitaire et en premier lieu dans le comité de suivi de la C2S ;
- **Reconduction 2022 - Proposition n° 6** : relever le plafond de ressources retenu pour attribuer la CSS sans participation financière au seuil de pauvreté fixé à 60 % du revenu médian calculé par l'INSEE corrigé de l'inflation, soit 1 327 euros par unité de consommation.

II AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS POUR LES PERSONNES PRECAIRES ET LUTTE CONTRE LE NON-RECOURS

- **Communiquer sur la stratégie gouvernementale de lutte contre le non-recours, en co-construction avec les usagers de la C2S**

A la lecture du rapport annuel du Gouvernement, le CNLE est satisfait que ce dernier poursuive ses efforts pour lutter contre le non-recours auprès des personnes éligibles sachant que le nombre de personnes bénéficiaires de la CSS n'enregistre pas de hausse significative en 2023 par rapport à 2022 et 2021 avec un total de 7,4 millions de bénéficiaires dont 1,5 ayant une complémentaire santé solidaire avec participation. Le chiffre des personnes bénéficiaires de la CSS avec participation financière est en augmentation. Des efforts restent à faire pour lutter contre le non recours.

Le CNLE réitère sa demande d'avoir communication du plan détaillant les différentes mesures que le Gouvernement prévoit de mettre en place pour lutter contre le non recours.

- **Proposition n 7 : communiquer la stratégie élaborée par les pouvoirs publics pour lutter contre le non recours, en co-construction avec les usagers de la C2S**

Par ailleurs, pour lutter contre le non-recours, le CNLE fait une série de propositions permettant d'améliorer l'accès à l'information pour les personnes éligibles à la C2S

- **Repenser l'accueil physique et l'accompagnement des bénéficiaires de la C2S**

Mme Y. : « Il faut faire l'administration chez soi, se soigner chez soi, on est toujours dans l'autonomie... l'Etat se désresponsabilise. Il faut faire le boulot du système qui se protège. Et dans certaines situations, les gens sont tellement préoccupés par leurs soucis graves qu'ils passent à côté des questions administratives. »

L'e-administration est repérée comme un frein déterminant dans le recours aux droits.

En 2022, un rapport du Défenseur des droits soulignait qu'une part significative de la population ne pouvait pas accéder aux procédures dématérialisées en raison du manque d'équipement adapté, de compétences numériques, d'une connexion internet de qualité. De nombreuses plaintes auprès des délégués territoriaux découlaient des difficultés liées à la transformation numérique des services publics. Pour les personnes confrontées à la précarité, le rapport précisait qu'elles

éprouvaient d'importantes difficultés pour faire valoir leurs droits en raison de la contrainte numérique imposée par les administrations. La dématérialisation, initialement présentée comme un moyen d'améliorer l'accès aux droits, est désormais une condition complexe, nécessitant une autonomie numérique. Elle aggrave la complexité des démarches, surtout pour ceux en difficulté avec l'usage d'internet. L'isolement social, la méfiance envers le numérique et les coûts d'accès à internet constituent autant de défis pour cette population.

La pandémie de COVID-19 a intensifié ces difficultés en fermant les services publics et en

diminuant les activités associatives. Les travailleurs sociaux ont souligné le besoin crucial d'équipements pour les personnes qu'ils accompagnent.¹³ En effet, tout le monde n'a pas accès à des outils numériques tels qu'un ordinateur personnel, une connexion Internet ou un smartphone.

Certains individus, en particulier parmi les populations plus âgées, peuvent ne pas être à l'aise avec les technologies numériques. « Le sentiment de ne pas maîtriser suffisamment les outils pour les utiliser pleinement est toujours davantage cité par les 70 ans et plus (36%), [...]. Les 18-24 ans sont 19% à déclarer ce type de frein (+ 11 points), alors qu'ils sont, sur de nombreux usages, plus à l'aise que leurs aînés [...]. »¹⁴

Madame L. : « Pour les personnes qui ont du mal à faire leurs dossiers, c'est finalement leurs enfants ou leurs petits-enfants qui font les demandes sur internet. Mais pour les personnes âgées isolées comme il y en a beaucoup en milieu rural ou dans les DOM, c'est impossible pour elles de se faire aider. Il faut que les gens viennent les voir pour ne pas les laisser mourir. »

La dématérialisation des services peut être perçue comme complexe pour ceux qui ne maîtrisent pas les compétences numériques nécessaires pour naviguer dans des plateformes en ligne, remplir des formulaires électroniques, etc. Elle peut

Madame V. : « Je vais directement dans les administrations. Je ne suis pas à l'aise avec l'outil numérique. Je viens avec mes papiers car je n'ai pas de quoi les scanner chez moi pour faire mes demandes en ligne. Ma connexion à internet est celle de mon téléphone portable pour ne pas avoir à payer d'abonnement internet »

Madame M. : « Ma belle-fille n'a pas d'ordinateur. Elle ne sait pas comment faire. »

aussi être perçue comme une sorte d'abandon de l'Etat. Les maisons France services implantées progressivement sur l'ensemble du territoire ne sauraient remplacer l'offre existante de services publics de proximité comme l'indiquait le rapporteur dans un rapport du Sénat publié en juillet 2022 sur les maisons France services. Le rapporteur soulignait que les maisons France services¹⁵ doivent être un complément et non un substitut.

De surcroît, l'e-administration, peut présenter des lacunes dans son design avec des incohérences pour les usagers. Ainsi, a-t-il été évoqué par les membres du CNLE que lors des inscriptions à la C2S (demande initiale ou renouvellement), la plateforme permet une prise en charge de la demande sur l'outil numérique mais cela nécessite pour le demandeur de disposer de moyens de scanner les justificatifs, et d'une imprimante (au moment de la validation de son adhésion, il doit télécharger un formulaire à imprimer chez lui et à envoyer par voie postale).

Madame D. : « Normalement, je suis bénéficiaire de la C2S gratuite, pourtant 25 euros sont retirés chaque mois de mon compte. C'est mon association qui l'aide à prendre en charge cette somme, sinon je ne pourrais pas m'en sortir. »

Pour dépasser les obstacles que posent le numérique au recours à la C2S et dans la continuité des nombreux rapports qui pointent les effets délétères de l'e-administration sur les plus

¹³ Rapport — *Défenseur des droits Dématérialisation des services publics : trois ans après, où en est-on ? 2022*

¹⁴ Baromètre du numérique, *Enquête sur la diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française*, édition 2022

¹⁵ https://www.senat.fr/rap/r21-778/r21-778_mono.html#toc92

précaires, le CNLE insiste sur l'importance de mailler le territoire national de lieux d'accueil dans lesquels des professionnels formés et disponibles accompagnent les populations précaires dans leurs démarches de demande ou de renouvellement de la C2S.

- **Proposition n°8 : Remettre l'accueil physique au cœur du service public, permettre l'accompagnement par l'humain pour rapprocher les usagers de leurs droits**

- **La complémentaire santé solidaire encore trop ou mal connue**

Le rapport annuel de la DSS présente les résultats non négligeables des actions de communication et « d'aller vers » mis en œuvre pour repérer et faire connaître aux personnes éligibles la complémentaire santé solidaire. Ces axes sont déterminants sachant qu'un des motifs principaux de non recours est le défaut de connaissance et la méconnaissance de ce dispositif comme le souligne l'enquête Asdo publiée en mars 2023¹⁶. La refonte du site internet dédié à la CSS annoncé pour 2024 montre la volonté du Gouvernement de mieux informer sur les droits d'accès à la CSS.

Toutefois, le CNLE doute que les moyens alloués aux campagnes d'information et « d'aller vers » mises en œuvre par la CNAM et la MSA soient suffisants pour toucher massivement les populations cibles, estimées à environ 4 millions de personnes. Après un rapide sondage auprès des membres du groupe de travail et plus particulièrement auprès des personnes concernées localisées en métropole et en outre-mer, personne n'avait lu, vu ou entendu un message diffusé à l'automne par la CNAM. Le choix de privilégier des canaux très ciblés et numériques interroge sur les résultats attendus car les canaux de communication (réseaux sociaux, sites internet et presse spécialisée) ne sont pas forcément accessibles aux personnes concernées, ou peu usités. Cela explique sans doute en grande partie le caractère confidentiel de la campagne de sensibilisation de la CNAM.

Au regard des enjeux, seule une campagne de communication réalisée par le Gouvernement au niveau national prévoyant une campagne d'affichage, la diffusion de spots à la radio et à la télévision et des messages dans la presse nationale et PQR durant plusieurs semaines, relayés par les prescripteurs (kit de communication...) permettrait d'obtenir de meilleurs résultats pouvant être vérifiés grâce à des post-tests. Cet effort de communication d'ampleur est d'autant plus nécessaire désormais qu'il est apparu que les évolutions des dispositifs amènent des changements de sigles qui produisent une grande confusion chez les usagers avec un risque de non recours aux droits.

Par ailleurs, cette grande campagne de communication doit également être améliorée pour les usagers de la C2S concernant la connaissance de leurs droits, les manifestations des faits discriminatoires et les recours administratifs.

Le CNLE rejoint la proposition de France Assos santé de prévoir un affichage obligatoire dans toutes les structures de soins, des pratiques interdites en termes de refus de soins, en précisant l'interdiction de facturation de dépassements d'honoraires et l'obligation de dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de la CSS. (voir page 19)

¹⁶ M. Caro, M. Carpezat, L. Forzy, [Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr), une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires, (Asdo Études), Les dossiers de la DREES, n° 107, mars 2023

- **Proposition n° 9 : financer une campagne gouvernementale de communication et d'information en population générale, au niveau national, sur la CSS, en co-construction avec les usagers de la C2S**

France Assos Santé, fédération des acteurs de usagers de la santé, relève une méconnaissance du dispositif qui reste complexe et/ou induit une représentation négative, qui se traduit par un taux de recours encore trop bas ou un accès dégradé aux soins par crainte de reste à charge.

Après plus de 4 ans d'existence, le taux de recours de la CSS, particulièrement la CSS payante, reste encore très bas¹⁷. Beaucoup de personnes sont restées sur la « CMU » et identifient ce contrat comme un contrat « précaire », que ce soit en termes de qualité du panier de soins, que de possibilité d'accès.

Le panier de soins lui-même est peu explicite pour les bénéficiaires qui ne se sentent pas sécurisés quant à ce qui est pris en charge ou non, et qui hésitent parfois à recourir à des soins réputés coûteux (prothèses dentaires notamment), ou au contraire pensent que tout est pris en charge et se retrouvent avec des restes à charge non anticipés (dispositifs en tarifs libres, hors nomenclature, chambre particulière à l'hôpital.), notamment quand les professionnels de santé n'informent pas correctement sur les tarifs.

Par ailleurs, les avantages du contrat sont très peu connus et notamment l'interdiction des dépassements d'honoraires et l'exonération des participations forfaitaires, franchises, forfaits hospitaliers.

Ensuite, nos représentants en CPAM remontent la difficulté de compréhension des usagers concernant les ressources prises en compte. Le formulaire reste complexe, et notamment pour les bénéficiaires d'autres prestations, les assiettes de ressources, périodes de référence, sont diverses, ce qui ne facilite pas la compréhension et entraîne des erreurs, qui peuvent parfois être considérées comme de la fraude, à tort.

Une difficulté spécifique nous est également remontée sur la mauvaise information des représentants légaux des personnes majeures protégées entraînant une non demande.

▪ Cibler les étudiants et les retraités dans la communication

Il y a une certaine urgence à se pencher sur les spécificités de deux publics particulièrement touchés par la pauvreté en France et pour lesquels la communication concernant l'accès à la C2S devrait être ciblée.

- En effet, les « *publics de moins de 25 ans éligibles à la CSS sont très difficiles à capter pour plusieurs raisons. Leur situation familiale frôle souvent les frontières de l'éligibilité, [...] les jeunes en bonne santé se sentent moins concernés par les enjeux de couverture*

¹⁷ M. Caro, M. Carpezat, L. Forzy

complémentaire. »¹⁸

Plus spécifiquement, « Si l'on observe la population étudiante au prisme du seuil de pauvreté utilisé pour la population générale, soit 60 % du niveau de vie médian, ou un revenu mensuel autour de 1 100 euros, alors on peut considérer que 68,5 % des étudiants vivent sous le seuil de pauvreté, contre 14 % de la population générale. »¹⁹

Pour renforcer la communication relative à la C2S auprès des étudiants, des mesures peuvent être mise en place en appui sur les universités et au-delà des heures d'ouverture des permanences d'accueil des services sociaux. La période des inscriptions, et notamment de la souscription à une mutuelle, sont propices à une diffusion large d'informations précises sur les critères d'éligibilité et les caractéristiques de la prestation.

➤ **Proposition n°10 : Encourager la signature de conventions permettant la présence des caisses primaires d'assurance maladie sur les sites universitaires pour prodiguer l'accès à l'information et le recours à la CSS**

- Un point de vigilance peut également être porté sur les nouveaux retraités. En effet, l'enquête Asdo de 2023 indique que « la question du statut plus ou moins récemment acquis [de retraité] a été un sujet structurant. [...] Le passage à la retraite a entraîné pour la plupart de ces personnes un « chamboulement administratif ». [...] Dans plusieurs cas, ces enquêtés n'avaient pas connaissance de l'intégralité de leurs droits et surtout ne comprenaient pas la différence entre régime général et pensions complémentaires »²⁰ Cette période de transition doit être accompagnée dans des conditions les plus optimales possibles.

➤ **Proposition n°11 : En partenariat avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), s'assurer qu'au moment de la liquidation des droits à la retraite, les futurs retraités soient informés précisément de leurs droits à la C2S, le cas échéant.**

▪ Mettre fin aux pratiques discriminatoires : un choix politique

Madame V. : « Je suis arrivée dans un cabinet où on devait aller voir la secrétaire qui nous demandait à voix haute si on avait la C2S et alors on nous mettait dans une salle d'attente différente des autres patients. On nous faisait attendre beaucoup plus longtemps que les autres patients, on passait en dernier. »

Le CNLE reconduit sa demande de mettre tout en œuvre pour lutter contre les discriminations qui persistent envers les bénéficiaires de la CSS. Bien que le testing concernant la prise de rendez-vous auprès des médecins généralistes, ophtalmologues et pédiatres réalisé en 2022²¹ ne constate pas de pratiques discriminatoires pour les bénéficiaires de la CSS contrairement aux bénéficiaires de l'AME, les témoignages recueillis lors de l'atelier organisé avec les personnes du 5^{ème} collège du CNLE (cf

¹⁸ op. cit.

¹⁹ T. Cazenave, Rapport d'information n°1316, [La restauration étudiante](#), Assemblée Nationale, juin 2023

²⁰ M. Caro, M. Carpezat, L. Forzy, op. cit.

²¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/DD109EMB.pdf>

présentation en annexe) ou dans des réunions des groupes d'appui des associations (ATD Quart Monde, MNCP) qui accompagnent les personnes concernées montrent des pratiques contraires.

La stigmatisation que les personnes concernées ressentent dans les agissements des professionnels qu'ils rencontrent sur leurs parcours de soins au motif qu'ils sont bénéficiaires de la C2S est un moteur du non-recours volontaires à la C2S ou aux soins eux-mêmes.

En cas de discriminations, les démarches auxquelles les bénéficiaires peuvent recourir ne sont pas suffisamment connus d'eux. L'Assurance maladie pourrait s'appuyer sur les professionnels de premier recours pour déployer dans les espaces publics des affichages à ce sujet.

Madame Y. : « Quand j'avais la C2S, il fallait que je choisisse mes lunettes dans un rayon spécifique. Mais la première fois que j'ai dû m'en acheter, je ne le savais pas. Devant tous les clients, la vendeuse m'a dit : « Madame, pour vous ici c'est trop cher. Allez voir au fond du magasin ! ». La honte que j'ai eu ! »

- **Proposition n° 12 : lutter contre les discriminations qui persistent envers les bénéficiaires de la CSS par tous les moyens permettant un changement de regard sur ces personnes (formations, informations...), en co-construction avec les usagers de la C2S**

- **Approfondir les études et documenter les bonnes pratiques**

Le CNLE approuve les efforts consacrés par le gouvernement pour améliorer la connaissance des motifs de non recours. Les études déjà financées ou celles prévues en 2024 sur les étudiants et les retraités contribueront à mieux identifier les motifs de non recours pour ces populations. Au regard du taux de non recours chez les personnes isolées, une étude pour mieux comprendre leurs freins serait aussi nécessaire.

Le CNLE suggère à la DSS de se rapprocher de l'observatoire du non recours aux droits et services (ODENORE) afin de pouvoir bénéficier de bonnes pratiques ou de retours d'expérience et de pouvoir s'inspirer des résultats obtenus sur la mise en œuvre de certains projets innovants sans oublier les expérimentations et dispositifs financés dans le cadre du Pacte des solidarités comme l'expérimentation « territoires zéro non recours ». Ce partenariat aurait aussi vocation à observer l'évolution du profil des bénéficiaires de la CSS et de l'accès aux soins.

- **Proposition n°13 : monter un partenariat pérenne avec l'ODENORE permettant de disposer d'un état des lieux des projets territoriaux inspirants et de capitaliser sur les bonnes pratiques en vue de leur essaimage**

- **Les professionnels de santé, partie-prenante du dispositif de lutte contre le non recours**

Le médecin traitant est, avec le pharmacien d'officine, un professionnel de premier recours²², premier point de contact pour les patients sur leur bassin de santé.

- Le médecin traitant tient un rôle pivot dans le système de santé français. Depuis 2004²³ date de l'instauration du parcours de soins coordonné, il est un conseiller professionnel et intime majeur pour l'information du patient et pour son orientation dans le système de santé. « *Le médecin traitant assure les soins de premier recours habituels et de prévention dont a besoin son patient. Par ses fonctions de diagnostic, de conseil et d'orientation, il participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients dans le souci de délivrer des soins de qualité à des coûts maîtrisés.* »²⁴
- De même, les missions de conseil et d'accompagnement des patients confèrent au pharmacien d'officine une place centrale dans le bassin de santé. « *L'accessibilité sans rendez-vous et le maillage territorial des officines font du pharmacien un acteur essentiel de la prise en charge des soins non programmés, qui restent une porte d'entrée importante des usagers dans le système de soins ambulatoires de ville.* »²⁵
 - **Proposition n° 14 : Mobiliser les médecins traitants et les pharmaciens de ville pour informer sur la C2S, relayer les messages d'aller-vers de la CNAM et de la MSA, au moment des conseils individuels**

- **Prendre soin de la santé mentale des bénéficiaires de la C2S**

L'élargissement du panier de soins couvert par la C2S réclamé par le CNLE reste d'actualité en 2023 dans les secteurs suivants : ostéopathie, podologie et soins d'orthodontie pour les jeunes de plus de 16 ans.

De plus, le CNLE demande une amélioration de la couverture des dépenses liées à la prévention et à la prise en charge des troubles mentaux. En effet, les dispositifs en matière de santé mentale mis en place depuis 2022 ([dispositif mon soutien psy](#)) suite à la crise de la covid-19 ne proposent pas des services très bien adaptés à la demande²⁶. Les CMP et CMPP qui dispensent un accompagnement gratuit par un psychologue sont saturés. Plusieurs mois sont nécessaires pour obtenir un rendez-vous et l'offre développée par le Gouvernement permet une prise en charge de seulement 8 consultations par an de troubles légers sachant qu'il faut obligatoirement consulter un professionnel conventionné. C'est gratuit pour les bénéficiaires de la CSS mais selon les chiffres de la sécurité sociale rapportés par le magazine Que Choisir

²² Sur l'accès aux soins de premier recours, voir [Article L1411-11 - Code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

²³ [Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

²⁴ [Présentation du dispositif du médecin traitant | ameli.fr | Médecin](#)

²⁵ Annales Pharmaceutiques Françaises, Volume 81, Issue 2, March 2023, Pages 380-388, [Les pharmaciens d'officine sont aussi des acteurs du 1er recours. Résultats de l'enquête demandes de soins non programmés dans les officines du Grand Est - ScienceDirect](#)

²⁶ <https://www.quechoisir.org/actualite-sante-mentale-le-fiasco-du-dispositif-mon-psy-n107002/>

qui a fait un bilan un an après le lancement du dispositif, seulement 11% sont des bénéficiaires de la CSS. La difficulté étant l'obligation de consulter un professionnel conventionné par l'assurance maladie pour pouvoir avoir la gratuité des soins. Le bilan mitigé est en partie dû à la faible attractivité du tarif fixé à 30 euros pour les psychologues conventionnés.

Face à la dégradation constante de la santé mentale des jeunes de 18-24 ans depuis 2020 comme l'indique la dernière enquête de santé publique France²⁷, il y a urgence à apporter des réponses à cette situation.

Le CNLE propose que les consultations de psychologues et psychiatres de ville non conventionnés intègrent le panier de soins couvert par la CSS.

- **Proposition n° 15 : élargissement du panier de soins aux consultations de psychologues et psychiatres non conventionnés en sus des soins couverts dans les secteurs ostéopathie, podologie et soins d'orthodontie pour les jeunes de plus de 16 ans.**

▪ **Les dépassements d'honoraire : au cœur du dysfonctionnement**

La pratique des dépassements d'honoraires de secteur 2 demeure l'une des principales raisons des difficultés d'accès aux soins en France. Seuls 5 % des médecins généralistes sont en secteur 2 en 2022 contre 53 % des médecins spécialistes (ils étaient 42 % en 2012 soit une progression de 11 % en 10 ans). En 2021, ces dépassements représentaient 3,5 milliards d'euros, chiffre également en progression constante. Le montant de ces dépassements et l'augmentation continue du nombre de spécialistes en secteur 2 -dans un contexte de raréfaction des spécialistes et particulièrement en secteur 1- posent un véritable problème pour les bénéficiaires de la CSS qui n'ont d'autre choix que de payer un reste à charge pour être soigné. C'est d'autant plus le cas dans les déserts médicaux. Bien que cette pratique soit illégale pour les bénéficiaires de la CSS, certains praticiens ne s'en privent pas.

Ces pratiques professionnelles mettent également en difficulté les sortants de la C2S qui perdent alors la « Protection » liée à la C2S contre les dépassements d'honoraires.

- **Proposition n° 16 : renforcement de la vigilance de la CNAM et de la MSA sur les dépassements d'honoraires de secteur 2**

France Assos Santé, fédération des associations d'usagers de la santé, a été associée aux travaux du CNLE. Parmi les points d'alerte, la question des pratiques abusives a été évoquée

Des pratiques abusives des professionnels de santé qui demeurent, notamment concernant les facturations. Bien que le dernier testing²⁸ réalisé par l'Institut des politiques publiques sur

²⁷ <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/sante-mentale-des-jeunes-des-conseils-pour-prendre-soin-de-sa-sante-mentale>

²⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/les-refus-de-soins-opposes-aux>

les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'aide médicale de l'État (AME), dans trois spécialités médicales : médecine générale, ophtalmologie et pédiatrie, conclue que les refus de soins discriminatoires envers les bénéficiaires de la CSS ne sont pas significatifs (contrairement aux refus de soins envers les bénéficiaires de l'AME), nos retours de terrains montrent que ceux-ci demeurent.

En effet cette étude était limitée à 3 spécialités dont la médecine générale qui relève en grande majorité du secteur 1, différentes du testing précédent mené en octobre 2019, qui avait montré des refus de soins discriminatoires significatifs chez les psychiatres, dentistes et gynécologues.

Nos remontées, ainsi que les saisines des commissions de conciliation refus de soins, et des médiateurs de l'Assurance maladie, font particulièrement état de facturations illégales, à savoir en majorité facturation de dépassements d'honoraires, et refus de dispense d'avance de frais.

France Assos Santé dispose également des remontées par ses représentants en Commission d'Action Sanitaire et Sociale des Caisses d'Assurance maladie, de pratiques d'audioprothésiste ou de dentistes, qui orientent des bénéficiaires de la CSS vers des produits à tarifs libres, très élevés, en leur disant de faire une demande d'aide financière à l'Assurance maladie, alors que des produits moins onéreux, voire du panier 100% Santé pourraient être adaptés, mais sont parfois dénigrés par ces professionnels. Sur le volet 100% Santé, des questionnaires de satisfaction, incluant des questions concernant les pratiques des professionnels en matière d'information, d'explication, devaient voir le jour (France Asso Santé a participé à plusieurs réunions depuis 2021 dans le cadre du comité de suivi 100% Santé sur ces questionnaires) mais à ce jour ceux-ci ne sont toujours pas sortis.

France Assos Santé préconise

Un affichage obligatoire dans toutes les structures de soins, des pratiques interdites en termes de refus de soins, en précisant l'interdiction de facturation de dépassements d'honoraires et l'obligation de dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de la CSS

La mise en œuvre de questionnaires d'évaluation qualitative du 100% santé et un contrôle accru, avec des sanctions financières en cas de mauvaises pratiques, des professionnels de santé qui ne jouent pas le jeu du 100% Santé.

- ⇒ Il s'agit notamment de renforcer la communication relative aux droits des usagers et aux recours administratifs en cas d'agissements discriminatoires. Cela peut passer un affichage obligatoire, dans toutes les structures de soins, des pratiques interdites en termes de refus de soins, en précisant l'interdiction de facturation de dépassements d'honoraires et l'obligation de dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de la CSS (Encadré France Assos Santé santé page 19).

Monsieur B. : « Je ne savais pas qu'on pouvait faire un signalement sur des discriminations quand on est pris en charge chez un soignant. Mais de toutes façons qu'est-ce que ça change ? »

➤ **Proposition n°17 : En co-construction avec les usagers de la C2S, financer une campagne de communication et d'information au niveau national sur ce que contient la CSS en direction des usagers de la C2S, des professionnels de santé, des professionnels du**

secteur social, des associations caritatives ainsi que des représentants légaux des majeurs protégés.

▪ Soutien au déploiement de démarches « d'aller vers »

Suite à la crise sanitaire, le Ségur de la santé avait permis de financer grâce à des moyens conséquents (164 millions d'euros au total de 2021 à 2023) un certain nombre de projets comme le déploiement des missions accompagnement santé des caisses d'assurance maladie, les référents santé-insertion dans les départements ou les 300 équipes mobiles et 1800 places « hors les murs » qui ont vocation à accompagner les 60 000 personnes à la rue. Un bilan intermédiaire de mise en œuvre de la mesure 27 avait été publié en 2022²⁹ mais aucun bilan définitif de déploiement de ces mesures n'est à ce jour disponible.

Le CNLE déplore qu'aucune nouvelle impulsion n'ait été donnée en faveur de la santé des précaires dans le pacte des solidarités. Les crédits alloués à la prévention et à l'accès aux soins ne sont pas à la hauteur des besoins remontés par les territoires et ne permettent pas de pérenniser les financements de dispositifs innovants.

Le CNLE demande de prévoir une augmentation du financement des mesures en faveur de la santé des précaires pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans le cadre de la loi de finances 2025.

- **Proposition n°18 : évaluation de la Mesure 27 « Inégalités de santé » du Ségur de la santé**
- **Proposition n°19 : financer le déploiement des démarches « d'aller vers » adaptés au profil des personnes et à leurs pathologies, en co-construction avec les usagers de la C2S.**

▪ Aller vers en appui sur les médecins traitants et les pharmaciens d'officine (complément de la proposition n°14)

Pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1) et ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Optam³⁰), l'Assurance maladie a mis en place un « forfait patientèle médecin traitant »³¹ qui les gratifie graduellement selon le profil de leur patientèle (caractéristiques au regard de leur âge et de leur pathologie).

Le FPMT tient également compte de la part de la patientèle bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire. *« Cette majoration intervient lorsque la part de patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire du médecin traitant est supérieure au taux moyen national. Elle correspond à la moitié de la différence entre le taux national et le taux constaté pour la patientèle*

²⁹ <https://solidarites.gouv.fr/des-mesures-dediees-la-precarite-dans-le-segur-de-la-sante>

³⁰ Pour les médecins de secteur 2 qui souscrivent à l'option Optam, ils s'engagent à maîtriser les dépassements d'honoraires, en permettant ainsi de faire bénéficier à leurs patients d'un moindre reste à charge et un meilleur remboursement de leurs soins.

³¹ Voir le site de l'Assurance maladie : [forfait patientèle médecin traitant \(FPMT\)](#)

médecin traitant du médecin (plafonnée à 25 %). » Pour le CNLE, il peut s'agir là d'un levier sur lequel s'appuyer pour valoriser le dispositif C2S.

- **Proposition n° 20 : Mettre en place des mesures incitatives à l'accueil d'une patientèle bénéficiaire de la C2S pour les médecins spécialistes libéraux, de secteur 1 et de secteur 2 ne rentrant pas dans le « Forfait patientèle médecin traitant » (FPMT).**

Proposition n° 20 bis : Augmenter le FPMT pour les médecins rentrant dans ce dispositif afin de valoriser la patientèle bénéficiaire de la C2S en fonction également du nombre de consultations annuelles.

- **S'appuyer sur les centres de santé, la médecine scolaire et les PMI**

« Plus des trois quarts des centres analysés présentent un déficit d'exploitation »³² selon l'enquête réalisée par le cabinet de conseil ACE Santé qui préconise une évolution de leur modèle de financement. « Ce sont les seules structures à pratiquer le tiers payant systématique, à accueillir une population bien plus vulnérable que celle habituellement suivie par les professionnels libéraux. Cela génère automatiquement des coûts et un temps très important consacré à la gestion pour lesquels la rémunération à l'acte n'est pas adaptée. L'étude pointe ainsi 3 missions des centres qui sont insuffisamment valorisées : le tiers payant, les horaires étendus et une population vulnérable. » Il aurait été prévu par l'ancienne Ministre de la Santé et de la Prévention, Agnès Firmin Le Bodo, un plan pour les centres de santé au 1^{er} trimestre 2024.

- **Proposition n°21 : Garantir un financement pérenne aux 3 144 centres de santé regroupés dans la Fédération Nationale des Centres de Santé par une dotation spécifique sur le modèle des missions d'intérêt général à l'hôpital (MIGAC).**

Au-delà du renforcement et du soutien de structures de soins, l'amélioration de la gouvernance dans les territoires entre les différentes structures et l'optimisation de leur coordination permettraient de mieux prendre en charge la prévention et les soins des personnes précaires, notamment pour les enfants. A ce sujet, le CNLE souhaite rappeler deux des recommandations proposés dans un avis de 2022 dans l'encadré suivant :

Concernant l'accès aux soins des enfants, au-delà du dispositif de la C2S, le CNLE rappelle ici que les recommandations 9 et 10 issues de l'avis *Egalité des chances, vers un système éducatif plus vertueux pour renforcer l'égalité des chances des plus modestes*, rendu en juin 2022³³ sont toujours valables.

Recommandation 9 : Améliorer la couverture territoriale en termes de médecins scolaires et augmenter le nombre de praticiens.

Propositions concrètes

³² [Les centres de santé en déficit structurel : l'étude qui révèle pourquoi leur modèle économique est intenable | Le Quotidien du Médecin \(lequotidiendumedecin.fr\)](#), 11 décembre 2023

³³ [Impression \(cnle.gouv.fr\)](#)

→ Travailler sur l'attractivité du secteur en augmentant les salaires de cette filière professionnelle.

→ Décloisonner la médecine « PMI et Scolaire » en recrutant du personnel à partir de fiches de postes mixtes « Santé PMI et Santé Scolaire » notamment dans les territoires en situation de pénurie médicale (optimisation de l'utilisation des compétences « métiers » rares...) et permettre un traitement national des données des bilans de santé sur les différents territoires et entre PMI et médecine scolaire relevant respectivement de la gouvernance Association des départements de France et de l'Etat.

Recommandation 10 : Faciliter l'accès aux soins des enfants issus de familles défavorisées.

Propositions:

→ Prévoir une proposition d'accompagnement des parents pour les informer, les accompagner dans leur rendez-vous (si nécessaire), les aider à identifier les médecins ou les professionnels dont a besoin leur enfant. Ce pourrait être la PMI pour les moins de 3 ans, le médecin scolaire, l'assistante sociale pour les plus de trois ans.

→ Élargir les dispositifs de bus « PMI » permettre l'accompagnement des parents par les associations et favoriser les dispositifs d'aller-vers.

Deuxième partie : synthèse des propositions du CNLE

- **Nouveau 2023 - Proposition n°7** : communiquer la stratégie élaborée par les pouvoirs publics pour lutter contre le non recours, en co-construction avec les usagers de la C2S
- **Nouveau 2023 - Proposition n°8** : Remettre l'accueil physique au cœur du service public, permettre l'accompagnement par l'humain pour rapprocher les usagers de leurs droits
- **Nouveau 2023 - Proposition n° 9** : financer une campagne gouvernementale de communication et d'information en population générale, au niveau national, sur la CSS, en co-construction avec les usagers de la C2S
- **Nouveau 2023 - Proposition n°10** : encourager la signature de conventions entre les universités et les CPAM pour prodiguer l'accès à l'information et le recours à la CSS
- **Nouveau 2023 - proposition n°11** : En partenariat avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), s'assurer qu'au moment de la liquidation des droits à la retraite, les futurs retraités soient informés précisément de leurs droits à la C2S, le cas échéant.
- **Reconduction 2022 - Proposition n° 12** : lutter contre les discriminations qui persistent envers les bénéficiaires de la CSS par tous les moyens permettant un changement de regard sur ces personnes (formations, informations...), en co-construction avec les usagers de la C2S
- **Nouveau 2023 - Proposition n°13** : monter un partenariat pérenne avec l'ODENORE permettant de disposer d'un état des lieux des projets territoriaux inspirants et de capitaliser sur les bonnes pratiques en vue de leur essaimage
- **Nouveau 2023 - Proposition n° 14** : Mobiliser les médecins traitants et les pharmaciens de ville pour informer sur la C2S, relayer les messages d'aller-vers de la CNAM et de la MSA, au moment des conseils individuels
- **Reconduction 2022 avec actualisation - Proposition n° 15** : élargissement du panier de soins aux consultations de psychologues et psychiatres non conventionnés en sus des soins couverts dans les secteurs ostéopathie, podologie et soins d'orthodontie pour les jeunes de plus de 16 ans.

- **Reconduction 2022 - Proposition n° 16** : renforcement de la vigilance de la CNAM et de la MSA sur les dépassements d'honoraires de secteur 2
- **Nouveau 2023 - Proposition n°17** : En co-construction avec les usagers de la C2S, financer une campagne de communication et d'information au niveau national sur ce que contient la CSS en direction des usagers de la C2S, des professionnels de santé, professionnels du secteur social, des associations caritatives ainsi que des représentants légaux des majeurs protégés.
- **Nouveau 2023 - Proposition n°18** : évaluation de la Mesure 27 « Inégalités de santé » du Ségur de la santé
- **Nouveau 2023 - Proposition n°19** : financer le déploiement des démarches « d'aller vers » adaptés au profil des personnes et à leurs pathologies, en co-construction avec les usagers de la C2S.
- **Nouveau 2023 - Proposition n° 20** : Mettre en place des mesures incitatives à l'accueil d'une patientèle bénéficiaire de la C2S pour les médecins spécialistes libéraux, de secteur 1 et de secteur 2 ne rentrant pas dans le « Forfait patientèle médecin traitant » (FPMT).
- **Nouveau 2023 - Proposition n° 20 bis** : Augmenter le FPMT pour les médecins rentrant dans ce dispositif afin de valoriser la patientèle bénéficiaire de la C2S en fonction également du nombre de consultations annuelles.
- **Nouveau 2023 - Proposition n°21** : Garantir un financement pérenne aux 3 144 centres de santé regroupés dans la Fédération Nationale des Centres de Santé par une dotation spécifique sur le modèle des missions d'intérêt général à l'hôpital (MIGAC).

III MESURES D'HARMONISATION ET DE SIMPLIFICATION DU DISPOSITIF

Le CNLE ne peut que se réjouir des mesures de simplification déjà mises en œuvre et de celles annoncées pour faciliter l'accès et le renouvellement des droits à la complémentaire santé solidaire.

Le CNLE salue la mise en œuvre de la C2S à Mayotte qui va concerner 20 000 personnes supplémentaires à partir du 1^{er} janvier 2024, l'exclusion de la base ressources de la C2S de l'allocation et rentes viagères attribuées aux harkis et à leurs veuves et de l'allocation versée dans le cadre du Contrat d'engagement jeune (CEJ).

Malgré les conditions d'accès facilitées et les mesures de simplification d'accès et de renouvellement à la CSS, certaines difficultés persistent

▪ Le dispositif de ressources mensuelles

L'adaptation des modalités de prise en compte des ressources pour l'instruction des démarches de CSS grâce au dispositif de ressources mensuelles (DRM) peut être considéré comme une avancée, qui, en principe doit permettre une simplification voire une automatisation de la gestion de l'accès à la CSS et de son renouvellement, en réduisant les délais de traitement. Toutefois, au regard des témoignages de maltraitance institutionnelle occasionnée par la gestion automatisée, le CNLE demande à ce que la CNAM et la MSA soient vigilants sur les effets négatifs que pourrait générer cette automatisation (augmentation des indus...) et l'impact sur les assurés d'une prise en compte de ressources mensuelles.

- *Proposition n°22 : évaluer les effets du Dispositif de ressources mensuelles (DRM) dans l'attribution de la CSS*

▪ Programmation des mesures de démarches simplifiées

Les démarches simplifiées mises en œuvre par la CNAM en 2023, vont s'échelonner sur 2,5 ans entre le 1^{er} juillet 2024 (Allocation supplémentaire d'invalidité), le 1^{er} juillet 2025 (Allocation aux adultes handicapés) et le 1^{er} juillet 2026 (Allocation de solidarité spécifique et Allocation du Contrat d'engagement jeunes), et devraient permettre la mise en œuvre progressive de l'automatisme de ces droits pendant cette période. La démarche simplifiée pour l'allocation du Contrat d'engagement Jeunes devrait réduire le non recours pour les jeunes sortant de l'ASE, sous réserve que la présomption du besoin des jeunes soit établie.

- *Proposition n° 23 : demande d'une accélération du calendrier en particulier pour les jeunes bénéficiaires d'un contrat d'engagement jeunes (CEJ)*

▪ Complémentaires d'entreprise

Madame Y. : « Quand j'ai été de retour en emploi, l'entreprise m'a proposé une mutuelle. J'ai dû éplucher les conventions, ce que chacune couvrait comme soins. C'est des pages et des pages de lectures. Il n'y a pas de simulateurs pour comparer les offres de remboursement entre les mutuelles d'entreprises et la C2S. Finalement, la mutuelle d'entreprise rembourse mieux que la C2S. Je paie 10 euros de plus mais j'ai un panier de soins plus large. »

Afin d'aider les personnes à choisir entre la CSS et la complémentaire d'entreprise, le CNLE réitère sa demande (cf propositions n°3 et n°4 avis 2022) que soient étudiés les changements suivants :

- Mise en place d'une prise en charge financière d'une part de la complémentaire d'entreprise dans le cadre de la C2S ;
- Etude régulière de l'impact des complémentaires d'entreprise pour les ménages pouvant relever de la C2S ;
- Evolution de la loi sur la complémentaire d'entreprise : qualité de l'assurance

proposée, possibilité opposable pour les salariés pouvant souscrire à la C2S de ne pas souscrire à l'assurance de l'entreprise si celle-ci est moins intéressante dans un rapport qualité/coût pour le salarié.

- **Proposition n° 24 : mesurer l'impact des complémentaires d'entreprise sur le non recours**
- **Proposition n° 25 : articuler le passage entre la complémentaire santé d'entreprise et la CSS**

▪ Contrats de sortie

Alors que le Gouvernement a fait du plein emploi sa priorité, on peut par conséquent s'attendre dans les années à venir à une montée en charge du contrat de sortie proposé à l'expiration des droits à la CSS.

Le CNLE demande à ce que l'assurance maladie et la MSA puissent proposer au même titre que les organismes complémentaires un contrat de sortie sachant que 9% seulement des bénéficiaires de la CSS soit 694 000 personnes sont gérés par les organismes complémentaires selon le rapport annuel 2023 et que 90 sont habilités à gérer la CSS en 2023 contre 98 en 2022.

- **Proposition n° 26 : possibilité de pouvoir bénéficier d'un contrat de sortie proposé par la CPAM et la MSA à l'expiration de la CSS**

▪ C2S, Aide Médicale de l'État (AME), Protection Universelle Maladie (PUMA)

Le CNLE approuve la mise en œuvre d'une meilleure articulation entre la PUMA/C2S et L'AME.

En effet depuis mai 2023, il devient possible pour les personnes dont le maintien de droit à la PUMA se termine, de basculer à l'AME avant la fin du délai des 45 jours. Mais le CNLE souhaite que les prochaines étapes permettent la fusion de la PUMA avec la CSS et l'AME.

Le CNLE ne peut qu'être satisfait par le traitement fait aux réfugiés ukrainiens (avec protection temporaire) qui bénéficient d'un accès aux soins sans délais, sans avoir de démarches à effectuer grâce aux partenariats mis en place entre les préfectures et les caisses d'assurance maladie.

Le CNLE s'étonne que les étrangers en provenance d'autres pays ne puissent bénéficier du dispositif mis en place en faveur des ukrainiens et souhaite que ce dispositif serve de modèle pour simplifier l'accès aux soins des étrangers.

➤ **Proposition n°27 : fusionner la protection universelle maladie (PUMA) avec la complémentaire santé solidaire (CSS) et l'aide médicale d'état (AME)**

Madame C. : « Les usagers tombent des nues en découvrant que leurs droits n'ont pas été reconduits. Parfois c'est justement quand ils ont recours à des soins urgents qu'ils apprennent qu'ils ne sont pas couverts. »

▪ **Pallier les dysfonctionnements de gestion de la C2S**

Pour faire face à des délais de traitement importants qui pénalisent les plus précaires : Il est proposé de

▪ **Permettre la rétroactivité des droits à la C2S avec participation financière** à la date des soins, à l'instar de la CSS sans participation financière. En l'absence de soins, permettre l'attribution du droit à la C2S avec participation financière à la date de la réception de la demande par la caisse.

- **Doubler l'envoi du bulletin d'adhésion**, par une transmission simultanée sur le compte Ameli de l'assuré et par courrier afin de limiter le risque de perte.
- **Prévoir une relance** selon ces mêmes modalités en cas d'absence de réponse de l'assuré dans un délai donné.
- Permettre (sans rendre obligatoire) **l'envoi concomitant de la demande de C2S et du bulletin d'adhésion** pour l'ouverture du droit à la C2S avec participation financière, à la date de sa réception par la caisse. En cas d'attribution de droit à la C2S sans participation financière, le bulletin pourra être détruit par la caisse.

➤ **Proposition n ° 28 : mesures correctives à apporter au dossier de demande ou renouvellement**

Troisième partie : synthèse des recommandations du CNLE

- **Nouveau 2023 - Proposition n°22** : évaluer les effets du Dispositif de ressources mensuelles (DRM) dans l'attribution de la CSS
- **Nouveau 2023 - Proposition n° 23** : demande d'une accélération du calendrier en particulier pour les jeunes bénéficiaires d'un contrat d'engagement jeunes (CEJ)
- **Nouveau 2023 - Proposition n° 24** : mesurer l'impact des complémentaires d'entreprise sur le non recours
- **Reconduction 2022 - Proposition n° 25** : articuler le passage entre la complémentaire santé d'entreprise et la CSS
- **Nouveau 2023 - Proposition n° 26** : possibilité de pouvoir bénéficier d'un contrat de sortie proposé par la CPAM et la MSA à l'expiration de la CSS
- **Reconduction 2022 - Proposition n°27** : fusionner la protection universelle maladie (PUMA) avec la complémentaire santé solidaire (CSS) et l'aide médicale d'état (AME)
- **Reconduction 2022 - Proposition n ° 28** : mesures correctives à apporter au dossier de demande ou renouvellement

Annexes

➤ Récapitulatif des propositions du CNLE

AMELIORATIONS ET AJUSTEMENTS DU DISPOSITIF DE SOINS	<ul style="list-style-type: none">- Nouveau 2023 - Proposition n° 1 : Mettre en place un régime unique d'assurance maladie pour l'ensemble des personnes résidant sur le territoire quel que soit leur statut avec une prise en charge à 100 %, un panier de soins à la hauteur des besoins de chacun ;- Reconduction 2022 - Proposition n° 2 : Généraliser le tiers payant ;- Nouveau 2023 - Proposition n°3 : Améliorer la prise en charge des soins pour les allocataires de l'AAH par une prise en charge des soins à 100% par l'assurance maladie obligatoire ;- Nouveau 2023 - Proposition n°4 : Simplifier la gestion du dispositif, avec une centralisation à la CNAM et à la MSA pour resserrer la C2S sur un dispositif géré par l'assurance maladie obligatoire ;- Nouveau 2023 - Proposition n°5 : Assurer la représentation des usagers de la C2S dans la gouvernance des instances de pilotage du secteur sanitaire et en premier lieu dans le comité de suivi de la C2S ;- Reconduction 2022 - Proposition n° 6 : relever le plafond de ressources retenu pour attribuer la CSS sans participation financière au seuil de pauvreté fixé à 60 % du revenu médian calculé par l'INSEE corrigé de l'inflation, soit 1 327 euros par unité de consommation.
AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS POUR LES PERSONNES PRECAIRES ET LUTTE CONTRE LE NON RECOURS	<ul style="list-style-type: none">- Nouveau 2023 - Proposition n°7 : communiquer la stratégie élaborée par les pouvoirs publics pour lutter contre le non recours, en co-construction avec les usagers de la C2S- Nouveau 2023 - Proposition n°8 : Remettre l'accueil physique au cœur du service public, permettre l'accompagnement par l'humain pour rapprocher les usagers de leurs droits- Nouveau 2023 - Proposition n° 9 : financer une campagne gouvernementale de communication et d'information en population générale, au niveau national, sur la CSS, en co-construction avec les usagers de la C2S- Nouveau 2023 - Proposition n°10 : encourager la signature de conventions entre les universités et les CPAM pour prodiguer l'accès à l'information et le recours à la CSS

- **Nouveau 2023 - proposition n°11** : En partenariat avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), s'assurer qu'au moment de la liquidation des droits à la retraite, les futurs retraités soient informés précisément de leurs droits à la C2S, le cas échéant.
- **Reconduction 2022 - Proposition n° 12** : lutter contre les discriminations qui persistent envers les bénéficiaires de la CSS par tous les moyens permettant un changement de regard sur ces personnes (formations, informations...), en co-construction avec les usagers de la C2S
- **Nouveau 2023 - Proposition n°13** : monter un partenariat pérenne avec l'ODENORE permettant de disposer d'un état des lieux des projets territoriaux inspirants et de capitaliser sur les bonnes pratiques en vue de leur essaimage
- **Nouveau 2023 - Proposition n° 14** : Mobiliser les médecins traitants et les pharmaciens de ville pour informer sur la C2S, relayer les messages d'aller-vers de la CNAM et de la MSA, au moment des conseils individuels
- **Reconduction 2022 avec actualisation - Proposition n° 15** : élargissement du panier de soins aux consultations de psychologues et psychiatres non conventionnés en sus des soins couverts dans les secteurs ostéopathie, podologie et soins d'orthodontie pour les jeunes de plus de 16 ans.
- **Reconduction 2022 - Proposition n° 16** : renforcement de la vigilance de la CNAM et de la MSA sur les dépassements d'honoraires de secteur 2
- **Nouveau 2023 - Proposition n°17** : En co-construction avec les usagers de la C2S, financer une campagne de communication et d'information au niveau national sur ce que contient la CSS en direction des usagers de la C2S, des professionnels de santé, professionnels du secteur social, des associations caritatives ainsi que des représentants légaux des majeurs protégés.
- **Nouveau 2023 - Proposition n°18** : évaluation de la Mesure 27 « Inégalités de santé » du Ségur de la santé
- **Nouveau 2023 - Proposition n°19** : financer le déploiement des démarches « d'aller vers » adaptés au profil des personnes et à leurs pathologies, en co-construction avec les usagers de la C2S.
- **Nouveau 2023 - Proposition n° 20** : Mettre en place des mesures incitatives à l'accueil d'une patientèle bénéficiaire de la C2S pour les médecins spécialistes libéraux, de secteur 1 et de secteur 2 ne rentrant pas dans le « Forfait patientèle médecin traitant » (FPMT).

	<ul style="list-style-type: none"> - Nouveau 2023 - Proposition n° 20 bis : Augmenter le FPMT pour les médecins rentrant dans ce dispositif afin de valoriser la patientèle bénéficiaire de la C2S en fonction également du nombre de consultations annuelles. - Nouveau 2023 - Proposition n°21 : Garantir un financement pérenne aux 3 144 centres de santé regroupés dans la Fédération Nationale des Centres de Santé par une dotation spécifique sur le modèle des missions d'intérêt général à l'hôpital (MIGAC).
<p>MESURES D'HARMONISATION ET DE SIMPLIFICATION DU DISPOSITIF</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nouveau 2023 - Proposition n°22 : évaluer les effets du Dispositif de ressources mensuelles (DRM) dans l'attribution de la CSS - Nouveau 2023 - Proposition n° 23 : demande d'une accélération du calendrier en particulier pour les jeunes bénéficiaires d'un contrat d'engagement jeunes (CEJ) - Nouveau 2023 - Proposition n° 24 : mesurer l'impact des complémentaires d'entreprise sur le non recours - Reconduction 2022 - Proposition n° 25 : articuler le passage entre la complémentaire santé d'entreprise et la CSS - Nouveau 2023 - Proposition n° 26 : possibilité de pouvoir bénéficier d'un contrat de sortie proposé par la CPAM et la MSA à l'expiration de la CSS - Reconduction 2022 - Proposition n°27 : fusionner la protection universelle maladie (PUMA) avec la complémentaire santé solidaire (CSS) et l'aide médicale d'état (AME) - Reconduction 2022 - Proposition n ° 28 : mesures correctives à apporter au dossier de demande ou renouvellement

➤ **Cas types illustrant la situation des ménages lorsque leur revenu est le plus élevé possible pour avoir droit à la CSS sans ou avec participation (sources CNLE)**

Le tableau 1 décrit, sur la base de cas types, la situation de ménages locataires lorsque le niveau de leur revenu primaire (salaire) est le plus élevé possible pour qu'ils puissent avoir droit à la CSS sans participation. On suppose ici que les enfants sont âgés de moins de 14 ans et que les familles monoparentales ne perçoivent pas de pension alimentaire mais ont droit à l'Allocation de soutien familial.

Par exemple, en 2023, pour avoir droit à la CSS sans participation, un parent isolé avec 2 enfants (8 et 10 ans) devait gagner au maximum **485 €** par mois. À ce niveau de salaire, il touche 142 € d'Allocations familiales, 374 euros d'Allocation de soutien familial, 456 € d'aides au logement, 85€ de RSA et 277€ de prime d'activité soit au total **1 334€** de prestations. Cela amène son revenu disponible mensuel à 1 885 €. La base ressource pour la CSS ne prend pas en compte le RSA ni la prime d'activité, ce qui amène son montant à 1 148 €, soit le seuil maximum pour qu'un ménage de 3 personnes ait droit à la CSS sans participation. Un parent et 2 enfants de moins de 14 ans correspondent à 1,6 unités de consommation.

Tableau 1 : Composition du revenu disponible et niveau de vie des ménages lorsque leur revenu salarial est le plus élevé possible pour avoir droit à la CSS sans participation (2023).

	Personne seule en emploi	Parent isolé avec 1 enfant	Parent isolé avec 2 enfants	Parent isolé avec 3 enfants	Couple sans enfant	Couple avec 1 enfant	Couple avec 2 enfants	Couple avec 3 enfants
Salaire	555 €	632 €	485 €	21 €	984 €	1 181 €	1 212 €	924 €
Allocations familiales	-	-	142 €	324 €	-	-	142 €	416 €
Complément familial	-	-	-	277 €	-	-	-	185 €
Allocation de soutien familial	-	187 €	374 €	562 €	-	-	-	-
Aides au logement	255 €	395 €	456 €	516 €	230 €	277 €	346 €	499 €
Allocation adulte handicapé	-	-	-	-	-	-	-	-
RSA	-	33 €	85 €	323 €	-	-	-	-
Prime d'activité	307 €	370 €	277 €	-	445 €	563 €	595 €	503 €
Total prestations	562 €	985 €	1 334 €	2 002 €	675 €	840 €	1 083 €	1 604 €
Revenu disponible (1)	1 117 €	1 650 €	1 885 €	2 165 €	1 659 €	2 054 €	2 362 €	2 655 €
Base ressource (2)	810 €	1 215 €	1 458 €	1 701 €	1 215 €	1 458 €	1 701 €	2 025 €
Niveau de vie (3)	1 117 €/UC	1 270 €/UC	1 178 €/UC	1 140 €/UC	1 106 €/UC	1 141 €/UC	1 125 €/UC	1 106 €/UC
Écart entre le niveau de vie et le seuil de pauvreté 2021 (1 158 €/UC)	-41 €/UC	112 €/UC	20 €/UC	-18 €/UC	-52 €/UC	-17 €/UC	-33 €/UC	-52 €/UC
Écart entre le niveau de vie et le seuil de pauvreté revalorisé (1 327€/UC)	-210 €/UC	-57 €/UC	-148 €/UC	-187 €/UC	-221 €/UC	-186 €/UC	-202 €/UC	-221 €/UC

Source : Maquette de cas types SOFI 2023. Calculs CNLE.

Note : Aides au logement calculées pour un locataire en zone 2 et enfants âgés de 8, 10 et 12 ans.

(1) Revenu disponible = Salaire + prestations familiales et sociales.

(2) Base ressource pour la CSS = Salaire + Allocations familiales + Complément familial + ASF + Aides au logement. Le niveau de salaire est tel que le niveau de la base ressource est égal au seuil maximum pour avoir droit à la CSS sans participation.

(3) Niveau de vie = Revenu disponible divisé par le nombre d'unités de consommation (UC) du ménage, soit 1 UC pour une personne seule, 1,5 UC pour un couple sans enfant, 0,3 UC supplémentaire par enfant âgé de moins de 14 ans.

Le niveau de vie de ce ménage est donc de $\frac{1\ 885}{1,6}$ soit 1 178 €/UC. En 2021, le seuil de pauvreté monétaire (60% du niveau de vie médian) était de 1 158 €/UC. C'est la dernière évaluation du seuil de pauvreté disponible à ce jour. On voit que pour cette famille monoparentale, le point

de sortie de la CSS sans participation est à peu près au niveau de ce seuil de pauvreté (à 20€/UC près). Mais le coût de la vie a beaucoup augmenté depuis 2021, en particuliers pour les ménages modestes pour lesquels la part de l'énergie du logement et de l'alimentation dans le budget est élevée. Pour en tenir compte, on peut comparer le niveau de vie au seuil de pauvreté de 2021 revalorisé par application de l'inflation observée entre janvier 2021 et décembre 2023, soit 14,5%. Ce seuil de pauvreté revalorisé est de 1 327 €/UC. La situation de la famille monoparentale apparaît alors moins favorable puisqu'elle perd le droit à la CSS sans participation alors que son niveau de vie est nettement inférieur au seuil de pauvreté revalorisé.

La lecture du tableau 2 est similaire mais le niveau de salaire correspond cette fois ci à la valeur la plus élevée de la base ressource pour avoir droit à la CSS avec participation. Pour la famille monoparentale avec 2 enfants étudiée précédemment, ce salaire est de 1 063 €. À ce niveau de revenu, la famille perçoit 1 140 € de prestations ce qui amène son revenu disponible à 2 270 € et son niveau de vie à 1 419 €/UC ce qui est au-dessus du seuil de pauvreté 2021 mais aussi du seuil de pauvreté revalorisé.

Tableau 2 : Composition du revenu disponible et niveau de vie des ménages lorsque leur revenu salarial est le plus élevé possible pour avoir droit à la CSS avec participation (2023).

	Personne seule en emploi	Parent isolé avec 1 enfant	Parent isolé avec 2 enfants	Parent isolé avec 3 enfants	Couple sans enfant	Couple avec 1 enfant	Couple avec 2 enfants	Couple avec 3 enfants
Salaire	977 €	1 173 €	1 063 €	615 €	1 640 €	1 924 €	2 037 €	1 978 €
Allocations familiales	-	-	142 €	324 €	-	-	142 €	324 €
Complément familial	-	-	-	277 €	-	-	-	185 €
Allocation de soutien familial	-	187 €	374 €	562 €	-	-	-	-
Aides au logement	116 €	279 €	388 €	516 €	-	44 €	115 €	244 €
Allocation adulte handicapé	-	-	-	-	-	-	-	-
RSA	-	-	-	-	-	-	-	-
Prime d'activité	220 €	319 €	236 €	81 €	426 €	451 €	371 €	202 €
Total prestations	336 €	786 €	1 140 €	1 760 €	426 €	494 €	628 €	955 €
Revenu disponible (1)	1 313 €	1 992 €	2 270 €	2 502 €	2 066 €	2 451 €	2 731 €	3 044 €
Base ressource (2)	810 €	1 215 €	1 458 €	1 701 €	1 215 €	1 458 €	1 701 €	2 025 €
Niveau de vie (3)	1 313 €/UC	1 532 €/UC	1 419 €/UC	1 317 €/UC	1 378 €/UC	1 362 €/UC	1 301 €/UC	1 268 €/UC
Écart entre le niveau de vie et le seuil de pauvreté 2021 (1 158 €/UC)	155 €/UC	374 €/UC	261 €/UC	159 €/UC	220 €/UC	204 €/UC	143 €/UC	110 €/UC
Écart entre le niveau de vie et le seuil de pauvreté revalorisé (1 327€/UC)	-14 €/UC	206 €/UC	92 €/UC	-10 €/UC	51 €/UC	35 €/UC	-26 €/UC	-59 €/UC

Source : Maquette de cas types SOFI 2023. Calculs CNLE.

Note : Aides au logement calculées pour un locataire en zone 2 et enfants âgés de 8, 10 et 12 ans.

(1) Revenu disponible = Salaire + prestations familiales et sociales.

(2) Base ressource pour la CSS = Salaire + Allocations familiales + Complément familial + ASF + Aides au logement. Le niveau de salaire est tel que le niveau de la base ressource est égal au seuil maximum pour avoir droit à la CSS avec participation.

(3) Niveau de vie = Revenu disponible divisé par le nombre d'unités de consommation (UC) du ménage, soit 1 UC pour une personne seule, 1,5 UC pour un couple sans enfant, 0,3 UC supplémentaire par enfant âgé de moins de 14 ans.

➤ Quelques références bibliographiques sur la situation de l'offre de soins en France

En 2000, la France a été classée au premier rang mondial pour son système de soins.

« Ce classement, très relayé médiatiquement, mettait en avant la qualité de ce système sans prendre en compte les déterminants sociaux qui conditionnent la santé d'une population. En 2009, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) soulignait que si l'on observe des inégalités sociales de santé dans tous les pays à des degrés divers, les inégalités constatées au niveau du taux de mortalité demeurent plus importantes en France que dans d'autres pays européens et elles se sont même aggravées au cours des dernières décennies. De plus, dans des enquêtes ultérieures intégrant les indicateurs de prévention, la France se retrouve moins bien classée. Ainsi, ces données moins connues posent la question des inégalités sociales de santé ». (Avis sur les inégalités sociales de santé. 17/02/2022. Commission nationale consultative des droits de l'homme).

En 2021 selon l'Insee, les inégalités et la pauvreté augmentent

Le taux de pauvreté augmente de 0,9 point en 2021, passant de 13,6% à 14,5%. L'intensité de la pauvreté s'accroît aussi passant de 18,7% en 2020 à 20,2 % en 2021 (...). La baisse des niveaux de vie étant plus marquée parmi les ménages les plus modestes (Insee Première. n°1973. Novembre 2023).

Des personnes en difficulté d'accès aux droits selon « le Baromètre de suivi qualitatif de la pauvreté et l'exclusion sociale du CNLE. Synthèse des résultats- 2^{ème} vague d'interrogation. Hiver 2022/2023. Septembre 2023.) »

« Les difficultés d'accès aux droits étaient fréquemment soulevées lors de la première vague du baromètre. Elles étaient en particulier liées à une accélération de la numérisation des démarches et à une accumulation du retard dans le traitement des dossiers du fait des confinements successifs. Les acteurs concernés estiment que la situation ne s'améliore pas, voire se dégrade : les possibilités de contacts avec les administrations ne se sont pas améliorées depuis la pandémie et les délais de traitement des dossiers restent importants. La seule évolution positive est la reprise de l'accompagnement vers l'accès aux droits de certains publics qui étaient très isolés pendant la crise sanitaire. Ce sentiment d'une situation qui se détériore est confirmé par les acteurs répondants en deuxième vague.

Les exemples de publics concernés sont très nombreux. Il peut s'agir de :

- Retraités en difficulté dans leur demande de pension de retraite ou de réversion ou qui peinent à comprendre le fonctionnement de certaines aides telles que le chèque énergie ;
- Personnes de nationalité étrangère, sans titre de séjour et sans ressources. Ils se heurtent aux difficultés d'obtention d'un rendez-vous en préfecture, ou à celle pour accéder à des aides financières et à un accompagnement ;
- Jeunes étrangers, ou des jeunes en errance confrontés à la disparition des accueils physiques ;
- Personnes en situation de handicap : les démarches pour la reconnaissance du handicap sont estimées longues, complexes, nécessitant une forte autonomie qui n'est pas toujours compatible avec la nature du handicap. Ils citent plus globalement les difficultés de certains assurés sociaux,

qui ne parviennent pas à joindre les caisses primaires d'assurance maladie ;

- Habitants de petites communes rurales, confrontés à la fermeture des services publics qui accompagnent celle des commerces, des lieux de socialisation...

Cet inventaire des personnes affectées est finalement le reflet de la diversité des acteurs répondant au baromètre et montre à quel point ces difficultés d'accès aux droits sont partagées et peuvent toucher tous les publics peu autonomes dans l'utilisation du numérique ou dans la constitution de dossiers administratifs en ligne, ou encore en difficultés pour comprendre les démarches. Cet inventaire montre également que toutes les institutions sont concernées.

Les besoins sont alors des aides à l'apprentissage du numérique, à la réalisation des démarches et au suivi des dossiers mais aussi à retrouver des interlocuteurs et des accueils physiques ».

Les problèmes de santé structurent la vie quotidienne des bénéficiaires de la C2S selon « Les constats de l'étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (Les dossiers de la DREES n° 107 mars 2023) ».

« a) En ce qui concerne les travailleurs précaires qui représentent près de la moitié des personnes rencontrées (33 sur 70). Elles occupent des emplois peu qualifiés et pénibles physiquement. Il y a ainsi des ouvriers du secteur du BTP (bâtiment, travaux publics), de la logistique (1), des aides à domicile, des femmes de ménage ou encore des auxiliaires de vie. Autant de métiers connus pour leurs nombreux facteurs de risques professionnels : manutention manuelle de charges, postures pénibles, travail répétitif, etc. Les travailleurs rencontrés dans le cadre de l'étude ont, pour la plupart d'entre eux, une longue carrière derrière eux, et commencent à déclarer des maladies professionnelles. Ils sont également nombreux à avoir connu des accidents du travail et à être en arrêt maladie au moment de l'entretien. La pénibilité de leurs métiers entraîne d'importants besoins de santé à mesure qu'ils avancent en âge. Plusieurs d'entre eux ont obtenu une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) à la suite d'un accident du travail. On compte également une forte proportion de personnes en affection de longue durée (ALD).

b) Parmi les 70 personnes rencontrées, 28% bénéficient d'une prise en charge en affection longue durée contre 18% de l'ensemble des assurés au niveau national et 28% bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) contre 3% au niveau national.

c) Au-delà des statuts, les personnes rencontrées sont nombreuses à se déclarer en mauvaise santé, se sentant entravées physiquement par leurs problèmes de santé. Les douleurs sont quasi quotidiennes. Limités dans leur motricité et certains gestes leur étant interdits ou impossibles, de nombreux enquêtés sont ainsi en incapacité de travailler. Cette incapacité professionnelle est souvent mal vécue par les personnes rencontrées, qui ont le sentiment de perdre leur pouvoir d'agir. Même les tâches domestiques quotidiennes, comme faire le ménage ou sortir faire des courses, peuvent être sources de difficultés, voire de souffrance.

d) Mais pour plusieurs enquêtés, l'accumulation des difficultés financières, matérielles et de santé impacte leur bien-être psychique. Ils se déclarent pessimistes, avoir connu des épisodes de dépression plus ou moins récemment et certains d'entre eux se font accompagner par des psychologues ou des psychiatres.

e) Les problématiques de santé ont des impacts très concrets sur le quotidien des enquêtés. Leurs semaines sont rythmées par des consultations régulières chez les professionnels de santé : médecin généraliste pour le renouvellement d'ordonnances, médecins spécialistes, suivi du kinésithérapeute, du podologue. Leur suivi médical nécessite un investissement et une réelle organisation ».

Notre système de soins reste à bout de souffle

L'hôpital traverse depuis des années une crise majeure, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) construites pour être une passerelle entre les soins et les personnes en grande précarité subissent aussi la crise de l'hôpital public. Enfin depuis le 1^{er} janvier 2022 la mise en place du « forfait patient urgence » s'apparente à une véritable barrière financière pour les allocataires du RSA.

En ce qui concerne **nos territoires** : selon *UFC-QUE CHOISIR (Novembre 2023)* :

- 15,5 millions de personnes rencontrent de fortes difficultés d'accès à un généraliste,
- 25,3 millions de personnes rencontrent d'importantes difficultés d'accès à un ophtalmologue,
- 3,4 millions d'enfants rencontrent d'importantes difficultés d'accès à un pédiatre (45,9% de la population enfantine),
- 12,2 millions de femmes rencontrent d'importantes difficultés d'accès à un gynécologue (43,5% des femmes),

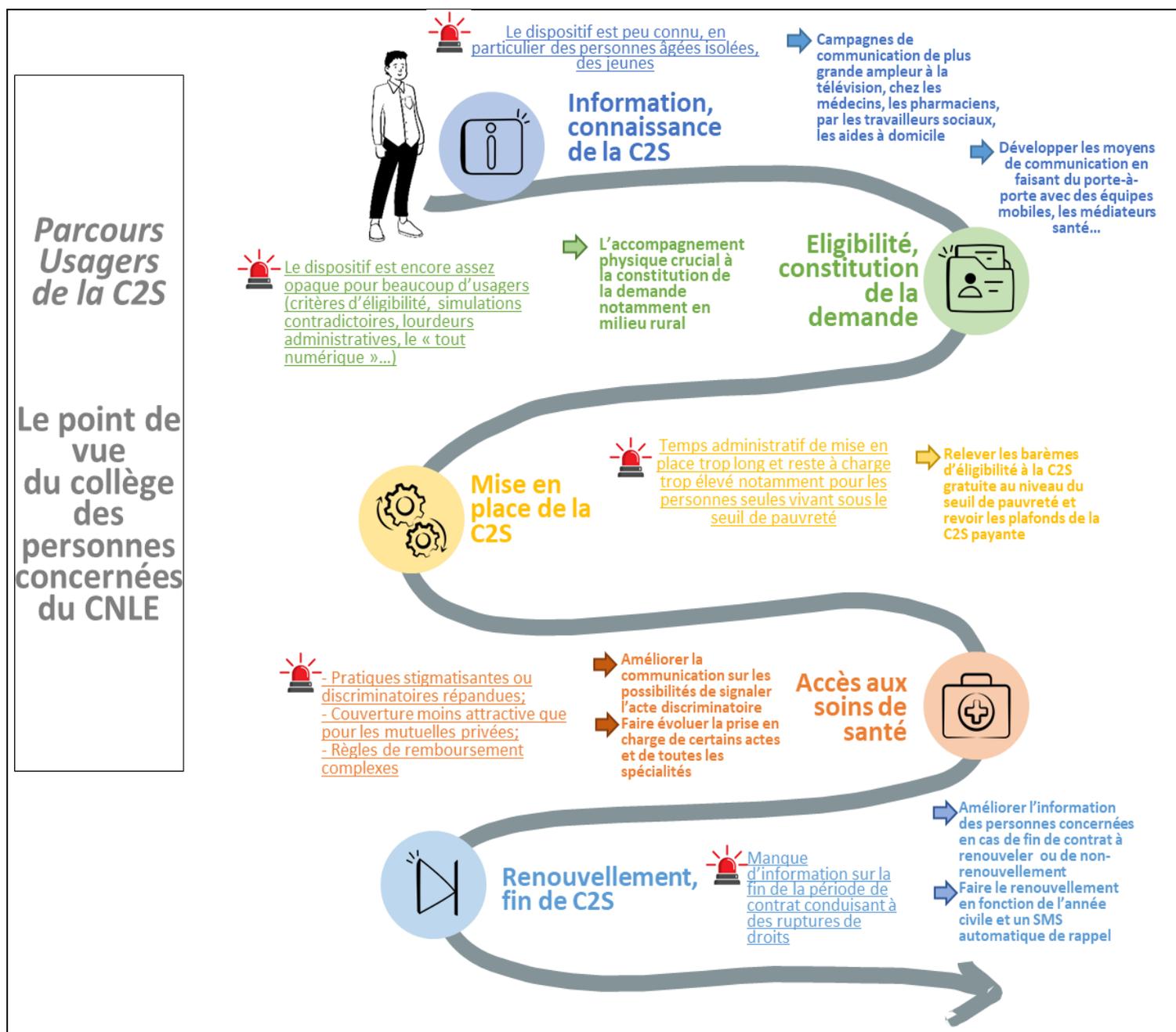
➤ Parcours de santé des membres du 5^{ème} collègue du CNLE

Jeudi 11 janvier 2024, les membres du collège des personnes concernées du CNLE ont participé à un atelier sur leurs parcours usagers de la C2S.

En parallèle de cette démarche encadrée par le secrétariat général du CNLE, les associations accompagnantes des membres du 5^{ème} collègue ont été invitées à animer des ateliers organisés au niveau local avec des personnes concernées (groupes d'appui locaux).

Il s'agit ici de mettre en œuvre l'objectif stratégique n°6 du CNLE visant à implanter la participation du CNLE dans les territoires.³⁴

Les associations ATD Quart Monde et MNCP Martinique ont adressé leurs conclusions au secrétariat général. La synthèse de ces deux démarches de concertation ont permis de réaliser le schéma suivant :



³⁴ [CNLE: Les leçons du choc de participation, mai 2023](#)

➤ Les membres du groupe de travail

Docteur MORIAU Bernard, Médecins du Monde, (collège des personnalités qualifiées) président du Groupe de travail sur l'avis C2S

AUBERT Delphine, secrétaire générale du CNLE

ROUAULT-MOURAINE Morgane, collaboratrice de la secrétaire générale du CNLE

Comité scientifique

PUCCI Muriel, présidente du Comité scientifique

Collège des associations

BENNADI Yamina

HAMIDA Lou-Jayne

Collège des Organisations syndicales nationales de salariés et des organisations professionnelles nationales d'employeurs

SOVRANO Christine

Collège des Personnalités qualifiées

BARBIER Jean-Claude

FROMAGEAU Françoise

Collège des Personnes concernées

ABDELKADER Hayat

AIT HAMMOU Nora

ATOUI Manon

BABOULAT Olivier

CHAKRIT Gémina

CORSINI Bastien,

HASSISSENE Dyna

LERANDY Sindy

MARTIN Myriam

TAFUR GARCIA Jorge

VIN Solange

YOUNES Yasmina

VIRLOGEUX Dominique

Personnes ressources

CAREME Mike (association MNCP)

GRANADO Clotilde (ATD Quart monde)