

# La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

Fin 2018, 5,63 millions de personnes bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit une légère hausse en un an (+1,8 %). La CMU-C donne droit, sous condition de ressources, à une protection complémentaire de santé gratuite aux personnes résidant en France de manière régulière et stable. Par ailleurs, 1,65 million de personnes ont reçu au cours de l'année 2018 une attestation au titre de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et 1,27 million de personnes l'ont utilisée pour souscrire un contrat. L'ACS est destinée aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35 %. À partir du 1<sup>er</sup> novembre 2019, ces deux dispositifs sont remplacés par la complémentaire santé solidaire (CSS), qui se fixe les mêmes objectifs tout en gagnant en simplicité en passant à un contrat unique.

## Qui peut bénéficier de la CMU-C ?

Instaurée par la loi du 27 juillet 1999, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est entrée en application le 1<sup>er</sup> janvier 2000. Elle permet l'accès à une protection complémentaire de santé gratuite. Elle couvre un panier de dépenses restant à la charge de l'assuré après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale (*encadré 1*). Elle se distingue de la CMU de base, remplacée au 1<sup>er</sup> janvier 2016 par la protection universelle maladie (Puma), destinée aux personnes exerçant une activité professionnelle ou résidant en France de manière stable et régulière et n'ayant pas de couverture maladie de base.

La CMU-C est accordée, pour un an, aux personnes ayant une résidence stable et régulière sur le territoire français, appartenant à un foyer dont les ressources perçues au cours des douze derniers mois sont inférieures à un certain seuil, fixé au 1<sup>er</sup> avril 2019 à 746 euros mensuels en moyenne pour une personne seule et sans enfant, en métropole. Les foyers percevant le revenu de solidarité active (RSA) sont éligibles à la CMU-C, sans nouvelle étude de leur dossier. Le renouvellement automatique de la CMU-C pour les titulaires du RSA est effectif depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C a été remplacée par la complémentaire santé solidaire (CSS). Le renouvellement de la CSS est automatique pour

les bénéficiaires du RSA et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). Toutefois, lors de leur première adhésion, ils doivent effectuer une demande de CSS, la perception de l'une de ces deux allocations justifiant de leurs ressources.

## Des bénéficiaires jeunes et plutôt issus d'un milieu modeste

La population des bénéficiaires de la CMU-C est plus jeune que le reste de la population : en 2018, la proportion des moins de 20 ans est de 44 % parmi les bénéficiaires du dispositif affiliés au régime général (*tableau 1*). À l'inverse, les personnes de 60 ans ou plus ne représentent que 6 % des bénéficiaires au régime général. À titre de comparaison, les moins de 20 ans et les personnes de 60 ans ou plus représentent respectivement 24 % et 26 % de l'ensemble de la population française en 2018. Cette surreprésentation des jeunes parmi les bénéficiaires s'observait déjà dans les données de l'enquête Santé et protection sociale de 2014. Les bénéficiaires sont plutôt issus d'un milieu défavorisé : ils sont plus nombreux que dans le reste de la population à appartenir à une famille monoparentale ou à un ménage dont la personne de référence est un ouvrier ou un employé. Ils sont aussi plus nombreux à vivre dans un ménage dont le référent est au chômage. Cette structure de population se retrouve également parmi les personnes éligibles à la CMU-C mais n'en bénéficiant pas.

## Des bénéficiaires à l'état de santé plus dégradé que les détenteurs d'une complémentaire privée

Les bénéficiaires de la CMU-C ont une moins bonne perception de leur état de santé que les personnes couvertes par une assurance complémentaire privée : 13 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir un état de santé « mauvais » ou « très mauvais » ; ils ne sont que 7 % parmi les personnes couvertes par une assurance complémentaire privée, d'après l'enquête Santé et protection sociale de 2014.

Ce ressenti est confirmé par des mesures plus objectives, comme le taux de mortalité<sup>1</sup>, la proportion de personnes en affections de longue durée<sup>2</sup>, la prévalence de certaines pathologies, comme les maladies cardiovasculaires, les maladies neurologiques ou dégénératives, plus importantes parmi les bénéficiaires de la CMU-C que dans l'ensemble de la population<sup>3</sup>. Les bénéficiaires de la CMU-C ont également une exposition plus élevée à certains facteurs de risques, comme l'obésité, le tabac, la dépression et les troubles psychiques. En revanche, les bénéficiaires de la CMU-C ont une consommation plus faible d'alcool.

## Des effectifs de bénéficiaires de la CMU-C en légère hausse en 2018

Fin 2018, 5,63 millions de personnes bénéficient de la CMU-C, effectif légèrement supérieur à celui de 2017 (+1,8 %) [graphique 1]. Les effectifs étaient restés à peu près stables entre fin 2016 et fin 2017, alors qu'ils avaient augmenté de fin 2009 à fin 2016 à un rythme compris entre +1,8 % et +7,7 % par an, pour une hausse globale de 35 % au cours de la période 2009-2018. Cette augmentation a connu un pic en 2013 et 2014 (respectivement +7,7 % et +6,5 %), grâce au relèvement exceptionnel (+7 % en euros constants) du plafond de ressources donnant accès à la CMU-C, intervenu au 1<sup>er</sup> juillet 2013. La croissance a diminué depuis (+3,8 % en 2015 et +1,8 % en 2016), approchant zéro en 2017 (+0,5 %). Fin octobre 2019<sup>4</sup>, les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C ont augmenté de près de 4 % par rapport à fin décembre 2018.

Ces effectifs, importants, ne représentent cependant pas l'ensemble de la population éligible. Selon des estimations de la DREES fondées sur le modèle de micro-simulation Ines (voir annexe 1.1), le taux de recours au dispositif parmi les personnes éligibles est estimé entre 56 % et 68 % en 2018, en France métropolitaine.

### Encadré 1 Les dépenses couvertes par la CMU-C

Les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés :

- du ticket modérateur pour les soins de ville ou à l'hôpital ;
- du forfait journalier hospitalier ;
- de la participation forfaitaire de 18 euros pour les actes lourds en ville ou à l'hôpital ;
- des participations forfaitaires de 1 euro sur les actes médicaux et les analyses de laboratoire ;
- des franchises médicales sur les dépenses de médicaments, de transport et de soins infirmiers ;
- des majorations pour non-respect du parcours de soins.

Ils bénéficient de tarifs opposables sur les consultations, qui impliquent qu'on ne peut leur facturer aucun dépassement d'honoraires, et de forfaits pour les prothèses dentaires, l'optique et les autres dispositifs médicaux à usage individuel (comme les audioprothèses). Des tarifs maximaux sont fixés, par arrêtés, pour ces actes qui constituent un panier de soins CMU-C.

Enfin, pour toutes leurs dépenses couvertes par l'Assurance maladie et par la CMU-C, ils sont dispensés d'avance de frais (tiers payant intégral).

1. Tuppin, P., Blotière, P.-O., Weill, A. et al. (2011). Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire en 2009. *La Presse Médicale*, vol. 40, p. e304-e314.

2. Païta, M., Ricordeau, P., de Roquefeuil, L. et al. (2007, août). Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. CNAM, *Points de repère*, 8.

3. Célant, N., Guillaume, S., Rochereau, T. (2014, juin). Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. *Les Rapports de l'Irdes*, 556. Allonier, C., Boisguérin, B., Le Fur, P. (2012). Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. *Questions d'économie de la santé*, 173.

4. Les effectifs d'octobre 2019 sont, au moment de la rédaction de cette fiche, des chiffres provisoires.

### Un taux de couverture plus élevé dans les DROM, le Nord et le pourtour méditerranéen

En 2018, en moyenne, 8,3 %<sup>5</sup> de la population bénéficie de la CMU-C. La répartition territoriale a été peu modifiée depuis la mise en œuvre du dispositif. Elle est proche de celle observée pour les bénéficiaires du

RSA (voir fiche 23). Le coefficient de corrélation entre la part d'allocataires du RSA et la part de bénéficiaires de la CMU-C dans la population d'un département s'établit ainsi à 0,93 en France (hors Mayotte).

En métropole, le taux de couverture est de 7,6 %. Il varie de 3,0 % en Haute-Savoie à 14,8 % en Seine-Saint-Denis (carte 1). Le nord de la France et le pourtour

**Tableau 1 Comparaison des bénéficiaires de la CMU-C au reste de la population, en 2014 et 2018**

Caractéristiques 2018	Bénéficiaires de la CMU-C	Reste de la population
Moins de 20 ans (y compris enfants à charge)	44	24
20 à 39 ans	29	24
60 ans ou plus	6	26
Caractéristiques 2014	Bénéficiaires de la CMU-C	Reste de la population
Appartiennent à une famille monoparentale	36	9
La personne de référence du ménage auquel ils appartiennent est un ouvrier	40	29
est un employé	33	15
occupe un emploi	32	65
est au chômage	40	5
a un niveau scolaire inférieur au second cycle du secondaire	79	52

En %

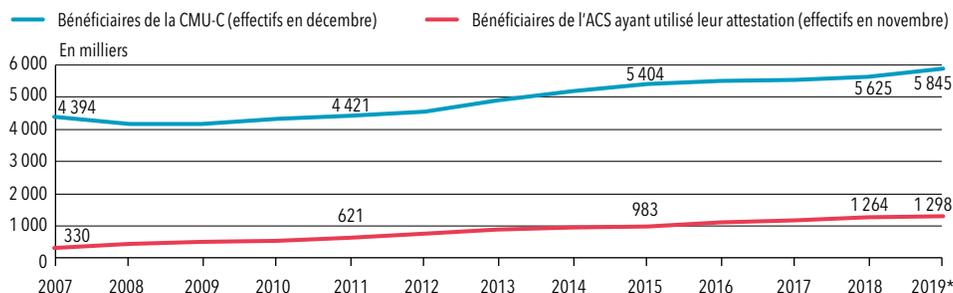
**Note >** Les données sur les caractéristiques sociodémographiques autres que l'âge ne sont pas disponibles pour 2018 et sont donc présentées ici pour 2014, dernière année d'observation disponible.

**Lecture >** En 2018, la part des individus de moins de 20 ans parmi les bénéficiaires de la CMU-C était de 44 %, tandis qu'elle était de 24 % parmi le reste de la population.

**Champ >** Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire. Bénéficiaires de la CMU-C couverts par le régime général (88,9 % des bénéficiaires de la CMU-C relèvent du régime général en moyenne en 2018).

**Sources >** Fonds CMU (pour les caractéristiques 2018) ; DREES, Irdes, enquête Santé européenne - enquête Santé et protection sociale 2014 (ESPS-EHIS 2014).

### Graphique 1 Nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, depuis 2007



\* Les données 2019 sur la CMU-C sont provisoires et à fin octobre. Les bénéficiaires de l'ACS en 2019 sont ceux à fin octobre 2019.

**Champ >** CMU-C : France (hors Mayotte), tous régimes ; ACS : toute personne protégée par un contrat ACS, hors contrat de sortie ACS.

**Sources >** CNAM ; RSI ; MSA ; fonds CMU.

5. Cette part est calculée en prenant en compte les trois régimes (régime général, MSA, RSI) pour lesquels les données sont disponibles par département. Ces trois régimes représentent plus de 98 % des bénéficiaires. Tous régimes, 8,3 % de la population bénéficie de la CMU-C.

méditerranéen (des Pyrénées-Orientales aux Bouches-du-Rhône) se distinguent par une part élevée de bénéficiaires. Dans les DROM (hors Mayotte), où le plafond de ressources est plus élevé, le taux de couverture est de 30,9 %.

### Une hausse continue du nombre de bénéficiaires de l'ACS depuis sa mise en place

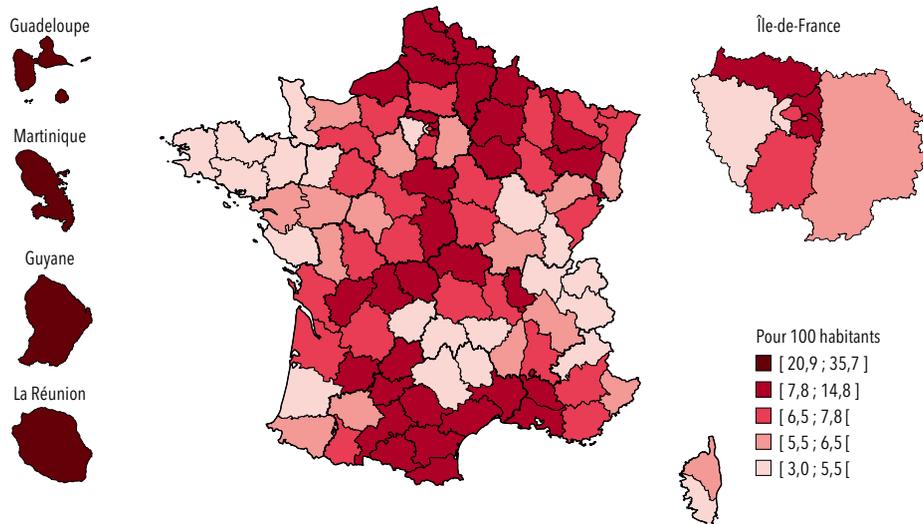
Mise en place en 2005, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est une aide financière permettant d'acquérir un contrat individuel d'assurance maladie de complémentaire santé. Elle est destinée aux personnes ayant des ressources comprises entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35 %. Une personne seule sans enfant et résidant en France métropolitaine, par exemple, peut y accéder, au 1<sup>er</sup> avril 2019, si ses ressources mensuelles moyennes sont comprises entre 746 et 1 007 euros.

L'ACS se présente sous la forme d'une attestation permettant à ses bénéficiaires d'être dispensés d'avance de frais sur leurs dépenses de santé pour la partie remboursée par l'Assurance maladie et d'être exonérés

des franchises et des participations forfaitaires de 1 euro. Délivrée sur demande de l'assuré par la caisse primaire d'Assurance maladie, l'attestation permet également de bénéficier d'un chèque qui réduit le prix lors de la souscription à l'un des trois contrats ACS proposés (*encadré 2*). Le montant du chèque accordé varie en fonction de l'âge du bénéficiaire. Il est de 100 euros pour les personnes de moins de 16 ans, de 200 euros pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, de 350 euros pour les personnes dont l'âge est compris entre 50 et 59 ans et de 550 euros pour les personnes de 60 ans ou plus. La réduction du coût du contrat engendrée par le chèque ACS ne peut être supérieure au montant de la cotisation.

Fin décembre 2018, 1,65 million de personnes ont reçu une attestation ACS au cours des douze derniers mois et 1,27 million de personnes (soit environ 77 % des bénéficiaires d'une attestation) l'ont utilisée pour souscrire un contrat de couverture complémentaire, soit 5,5 % de plus par rapport à fin décembre 2017. Depuis 2005, des modifications réglementaires ont été opérées pour améliorer l'accessibilité financière aux soins des bénéficiaires de l'ACS, comme

### Carte 1 Part de bénéficiaires de la CMU-C, en 2018, parmi l'ensemble de la population



**Note** > En France, on compte au total 8,3 bénéficiaires de la CMU-C pour 100 habitants.

**Champ** > France (hors Mayotte), pour trois régimes d'assurance maladie (régime général, MSA, RSI), y compris les personnes dont la CMU-C est gérée par un organisme complémentaire mais dont le dossier a été instruit par l'un de ces trois régimes. Au total, ces trois régimes représentent plus de 98 % des bénéficiaires de la CMU-C en 2018.

**Sources** > CNAM ; RSI ; MSA ; Insee ; calculs fonds CMU.

la hausse du montant des chèques pour les personnes de 50 ans ou plus en 2009. De même, plusieurs réformes ont été instaurées depuis 2013, visant à augmenter le niveau de prise en charge (entendue comme la part des dépenses de santé, après intervention de l'assurance maladie obligatoire, remboursée par l'assurance maladie complémentaire), la lisibilité et le rapport qualité-prix des contrats ACS. Ces différentes évolutions législatives ont permis aux titulaires de contrats ACS de bénéficier d'un niveau théorique de prise en charge comparable en moyenne à celui des autres contrats individuels des complémentaires santé<sup>6</sup>. Alors qu'en 2013 les contrats ACS faisaient partie des moins couvrants du marché, en 2018, le contrat ACS le plus couvrant, choisi par quatre bénéficiaires de l'ACS sur dix, donne accès à un niveau de prise en charge supérieur à celui dont disposent 90 % de l'ensemble des personnes couvertes par un contrat individuel.

Néanmoins, et même s'il continue d'augmenter, le taux de recours au dispositif reste faible. En France métropolitaine, le taux de recours à l'attestation parmi les personnes éligibles est ainsi compris entre 43 % et 62 % au cours de l'année 2018, selon des estimations de la DREES<sup>7</sup>. Plus que la complexité des démarches pour obtenir l'aide et l'utiliser, ce sont les restes à charge (entendus comme ce qui reste à financer par l'individu sur ses dépenses de santé après intervention des assurances maladies obligatoire et complémentaire) sur les frais de santé et les restes à payer sur la prime du contrat de complémentaire santé qui expliquent le non-recours au dispositif<sup>8</sup>.

### La complémentaire santé solidaire : un dispositif unique pour remplacer la CMU-C et l'ACS

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la CMU-C et l'ACS sont remplacées par la complémentaire santé solidaire (CSS),

#### Encadré 2 Les contrats proposés et les avantages de tarifs dans le cadre de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

Depuis la réforme de 2015, onze groupements d'organismes complémentaires ont été retenus pour proposer trois contrats A, B et C. Ces trois contrats disposent d'un socle de prises en charge commun :

- le ticket modérateur à 100 % (excepté les cures thermales et les médicaments remboursés à 15 %) ;
- le forfait journalier de façon illimitée à l'hôpital et en psychiatrie.

La prise en charge des lunettes, des prothèses dentaires, de l'orthodontie et des audioprothèses varie en fonction du contrat choisi :

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

Même sans contrat, les bénéficiaires de l'attestation ACS sont dispensés d'avance de frais pour la partie remboursée par l'Assurance maladie et sont exonérés des franchises et des participations forfaitaires de 1 euro. Par ailleurs, depuis février 2013, les bénéficiaires de l'attestation ACS bénéficient de tarifs sans dépassement d'honoraires auprès des médecins. Ils disposent, de plus, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017 de niveaux maximaux de dépassements concernant les soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale.

6. Loiseau, R. (2020). Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1 142.

7. Les bénéficiaires de contrats collectifs sont ici considérés comme non éligibles. Si on les compte parmi les personnes éligibles à l'ACS, le taux de recours à l'attestation ACS est estimé entre 33 % et 47 %.

8. Fonds CMU (2018). *Références CMU*, 73.

gérée par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. Les personnes qui seraient aujourd'hui éligibles à la CMU-C le sont à la CSS, sans participation financière. Les personnes qui seraient aujourd'hui éligibles à l'ACS le sont à la CSS mais sous condition de participation financière. Désormais, l'attestation ACS n'existe plus et les différents avantages qu'offraient l'attestation ACS seule (dispenses d'avances de frais, exonérations...) sont rattachés à la souscription du contrat. Les objectifs sont les mêmes que ceux visés par les anciens dispositifs, c'est-à-dire un accès à une couverture de complémentaire santé offrant un niveau de prise en charge de qualité. Cette couverture complémentaire santé offre aux personnes protégées l'accès à un nouveau panier de soins CSS, sans reste à charge. La mesure s'inscrit aussi dans un objectif de simplification. En gagnant en lisibilité, le dispositif unifié cherche à inciter au recours et à favoriser l'accès aux soins des personnes les plus modestes.

Au 1<sup>er</sup> avril 2020, le plafond de ressources pour être éligible à la CSS sans participation financière est de 753 euros mensuels pour une personne seule et sans enfant, en métropole (838 euros dans les DROM). Le plafond pour la CSS avec participation

financière est de 1 016 euros pour les mêmes critères (1 131 dans les DROM).

Pour la CSS sous condition de participation financière, les tarifs, définis par arrêté, dépendent de l'âge du bénéficiaire. De 96 euros par an pour les bénéficiaires de moins de 30 ans, ils sont de 168 euros pour les personnes de 30 à 49 ans, de 252 euros pour celles de 50 à 59 ans, de 300 euros pour celles de 60 à 69 ans et de 360 euros pour les personnes de 70 ans ou plus.

Théoriquement, le panier de soins CSS doit permettre aux bénéficiaires d'être protégés par un contrat qui ne laisserait pas de reste à charge. Ces derniers, particulièrement élevés concernant les soins d'optique, dentaires et d'audioprothèses, sont désormais nuls pour une consommation dans le panier CSS. Dans la pratique, un refus des professionnels de santé d'appliquer les tarifs règlementaires comme il a pu être observé avec l'ACS<sup>9</sup> peut entraîner la présence d'un reste à charge. De plus, certains assurés peuvent choisir de recourir à des soins hors panier. Si c'est le cas, leur niveau de prise en charge des soins de santé reste inférieur à 100 %. ■

### Pour en savoir plus

- > **Barlet, M., Gaini, M., Gonzalez, L., Legal, R.** (2019, avril). La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties. DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Carré, B., Perronnin, M.** (2018, novembre). Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision. Irdes, Rapport n° 569.
- > **Chauveaud, C., Warin, P.** (2016). Le non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire : enquête auprès de populations précaires. Rapport d'étude, Fonds CMU.
- > **Després, C. et al.** (2011, octobre). Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Irdes, *Questions d'économie de la Santé*, 169.
- > **Fonds CMU** (2019). Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : bénéficiaires, contenu et prix des contrats ayant ouvert droit à l'aide.
- > **Fonds CMU** (2019). Rapport d'activité 2018.
- > **Fonds CMU** (2018). Rapport annuel sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C.
- > **Loiseau, R.** (2020, février). Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1142.
- > **Sireyjol, A.** (2016, octobre). La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 7.

9. Fonds CMU (2018).