



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



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

Avis du CNLE sur le rapport annuel de la complémentaire santé solidaire (C2S)

Décembre 2022

Introduction

Le CNLE est saisi par le gouvernement pour rendre un avis à propos du rapport annuel 2022 sur la complémentaire santé solidaire (C2S). Le CNLE a rendu, conformément à la loi¹, un avis analogue en 2021. Cet avis sera annexé au rapport qui sera transmis au Parlement d'ici la fin de l'année.

Parmi les points positifs relevés par le CNLE concernant la complémentaire santé solidaire, il y a en particulier les mesures de simplification d'accès à la C2S et de gestion du dossier :

- **L'automatisation de la C2S** pour les bénéficiaires du RSA et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) intervenue en 2022.
- La **reprise de gestion par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)** des adhérents à la CS2 avec participation financière, reste un point fort de la dernière réforme, continuellement rappelé par plusieurs professionnels : la simplification des démarches d'ouverture de droits, les imprimés plus simples à compléter que les procédures diverses et spécifiques mises en place auparavant par les organismes complémentaires gestionnaires du temps de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), la diminution du nombre de justificatifs à transmettre (documents redondants, parfois demandés auparavant entre la CPAM et l'organisme de complémentaire gestionnaire), moins de comparaisons de tarifs à réaliser (ceux des organismes complémentaires gestionnaires pouvaient auparavant être très disparates).
- Le **dossier unique de demande** pour l'attribution de la C2S avec ou sans participation financière reste particulièrement pertinent dans de nombreuses situations où le droit paraît indéterminé (participation ou non).
- Des modalités ont récemment été prévues afin de pouvoir rattacher ou détacher certains **ayants droits adultes** du foyer en cours d'ouverture de droits. Ces modalités sont à saluer, car elles permettent d'adapter le droit à la situation des personnes, même en cours d'année.

Malgré ces points d'amélioration du dispositif, le CNLE ne peut que déplorer le niveau encore très élevé de non recours à la complémentaire santé solidaire.

¹ Ce rapport est remis avant le 31 décembre au Parlement. Il est rendu public. Le conseil mentionné à l'article L. 143-1 du code de l'action sociale et des familles [rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée. (Article 862-7 du code de la Sécurité sociale)

Plan du présent avis : Trois thématiques principales

Cet avis traite d'abord d'un point crucial, à savoir le non-recours. **L'insuffisance du recours (et donc de l'accès) à la C2S dans la population éligible**, est particulièrement vérifiée pour la version de la C2S avec une participation financière de ses bénéficiaires.

Ensuite, **le CNLE présente les initiatives importantes qu'il y a lieu, à son avis, de prendre pour améliorer le fonctionnement de la C2S**. Certaines de ces demandes ont déjà été présentées l'an passé et sont toujours valables, voire même plus pertinentes encore.

En troisième lieu, **de nombreux cas de difficultés ont été repérés par le CNLE, notamment sur la base des observations de ses membres du 5^e collège**, qui sont en grande majorité directement concernés par la C2S.

Le CNLE en tire la conclusion qu'il faudrait que le gouvernement mène une réflexion approfondie sur les ressources qui sont prises en considération pour apprécier l'éligibilité à la C2S. Dans un but de simplification et d'efficacité, le CNLE demande aussi au gouvernement d'étendre la gratuité de l'accès à l'ensemble du dispositif, ce qui lui semble la seule solution efficace pour résoudre les problèmes lancinants de calcul et d'appréciation pour les personnes potentiellement éligibles.

En préambule : Des difficultés majeures pour entrer puis circuler dans notre système de soins

> Une situation très grave

Le CNLE tient à souligner d'abord au Parlement et au gouvernement, ses préoccupations graves concernant le système de soins, dont la C2S représente un dispositif désormais essentiel². Deux déclarations symbolisent bien la gravité du problème : « Notre système de santé est à bout de souffle » a déclaré le Dr P. Bouet, président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le 28 avril 2018 et « Tout notre système de santé est à bout de souffle » a repris le Dr F. Braun, ministre de la santé, le 05 juillet 2022.

Aujourd'hui, pour la mission France de Médecins du Monde, il est de plus en plus difficile d'orienter les personnes reçues dans ses projets, vers les structures de droit commun. La

² Il n'est pas besoin de rappeler que l'universalisation de la protection sociale santé a été, en France, un parcours progressif avec l'introduction en 2000 de la couverture maladie universelle (CMU) en 2000, puis de la protection universelle maladie (PUMA) en 2016. De plus, il faut garder à l'esprit qu'alors même que l'accès à la couverture santé dépend de moins en moins d'une condition de cotisation, la C2S trouve sa place dans l'assurance maladie de la Sécurité sociale, un système fondé sur la solidarité et le salariat qui caractérise le système français et l'oppose à la fois au système britannique et au système allemand. La C2S reste un mécanisme d'assurance et non un « filet de sécurité ».

protection maladie complète des personnes, françaises et étrangères en situation administrative précaire, est de plus en plus difficile à obtenir, laissant des pans croissants de personnes de plus en plus longtemps sans droits, freinant d'autant leur accès à la médecine de ville, l'hôpital restant le dernier recours possible. La médecine de ville est frappée de plein fouet par la baisse de la démographie médicale et sa très inégale répartition sur le territoire.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), construites pour être une passerelle entre les soins et les droits des personnes en grande précarité, subissent aussi la « crise » de l'hôpital public commencée bien avant l'épidémie de Covid-19, mais révélée et amplifiée encore par l'épidémie. Elles sont confrontées, elles aussi, à des difficultés de recrutement, à des professionnels en souffrance et ne peuvent pas faire face à l'ampleur des besoins. L'hôpital en « crise » bien avant la pandémie de Covid 19, est sorti exsangue de cette période et est toujours gouverné dans une logique purement gestionnaire.

Par ailleurs, nombre de services publics reçoivent moins, voir plus du tout, les publics et se réorganisent de manière massive en privilégiant la dématérialisation de leurs services.

➤ Des inégalités d'accès aux soins qui touchent une partie croissante de la population

De nombreux assurés sociaux font l'expérience de ce qu'on pourrait qualifier d'affaiblissement du système de santé : files d'attente dans les services d'urgence à l'hôpital, délais d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste de second recours, difficulté majeure à trouver un médecin traitant ou une consultation hospitalière, fermeture d'hôpital ou de maternité.

Le 28 janvier 2020, l'État a débloqué des budgets pour financer le développement ou la création d'une série de dispositifs spécifiques destinés aux populations les plus exclues (mesure 27 « Inégalités sociales de santé » du « Ségur de la santé »). Mais on peut s'interroger sur l'utilité et les risques qu'il y a à développer ce type de réponse spécifique alors que les structures destinées à la prévention et la prise en charge de la santé de toute la population sont mises à mal. Celles et ceux des professionnels qui devraient constituer des filets de sécurité ou de simples dispositifs passerelles n'arrivent plus à travailler avec tout le réseau de professionnels médico-psycho-sociaux en souffrance et qui semble se déliter partout, de façon plus ou moins importante selon les territoires. **Comment continuer à lutter contre les inégalités d'accès aux soins uniquement pour les plus exclus alors que ces inégalités touchent une partie croissante de la population ?**

Une personne sur quatre est touchée par le renoncement aux soins, d'après une enquête menée entre 2014 et 2020 par l'Observatoire des non-recours aux droits et services du laboratoire de sciences sociales Pacte avec l'Assurance maladie, portant sur 160 000 personnes (coût, délai d'attente, pénurie de médecins, isolement social...), les motifs qui conduisent à ne pas se soigner sont divers. Enfin, mis en place depuis le 1^{er} janvier 2022, le « forfait patient urgences » s'apparente à une véritable barrière financière pour les personnes les plus précaires, se rendant aux urgences faute de prise en charge adaptée ou encore faute de trouver un médecin traitant.

C'est pourquoi Le CNLE demande la suppression du forfait patient urgences, mis en place depuis le 1^{er} janvier 2022.

> A l'accessibilité financière des spécialistes, s'ajoute celle de leur accessibilité géographique

En ce qui concerne les territoires, le CNLE attire l'attention sur « l'état déplorable de l'accès géographique et financier aux soins en France »³ :

- S'agissant de l'accès aux médecins généralistes : 2,6% de la population vit dans un désert médical et 23,5% dans une zone à accès difficile;
- S'agissant de l'accès aux spécialistes : 19% des Français vivent dans un désert ophtalmologique, 23,6% des femmes dans un désert gynécologique et 27,5% des enfants dans un désert pédiatrique.

C'est pourquoi, à la question de l'accessibilité financière des spécialistes (un spécialiste sur deux pratique des dépassements d'honoraires) s'ajoute celle de leur accessibilité géographique⁴. À cela s'ajoute la réduction progressive depuis plusieurs années du nombre d'hôpitaux et de maternités de proximité. L'absence de cette proximité engendre aussi **des coûts de transport non négligeables pour les assurés les plus modestes**, pas forcément pris en compte par la prescription de « bons de transports » par les médecins hospitaliers, notamment lors de la sortie d'une hospitalisation ou des urgences.

Il faut prendre aussi en compte le coût de l'auto médication devenue indispensable pendant la période de non recours. En effet **cette auto médication**, transitoirement indispensable pour le patient, **n'est pas prise en charge par l'Assurance maladie**, car les médicaments délivrés sont à service médical rendu faible ou modéré.

Dans ces situations, le **libre-choix du médecin traitant** par le patient fait place progressivement au **médecin traitant disponible**.

Ces préoccupations graves concernent les populations les plus pauvres et celles qui sont dans des situations de précarité, mais elles s'appliquent de façon croissante à l'ensemble de la population.

³ Voir association UFC-Que choisir (09/11/2022) dénonce une « intolérable fracture sanitaire ».

⁴ (France Assos Santé, Journal « Le Monde », 28/09/2022).

Conception et présentation du rapport sur la C2S

Déjà l'an passé le CNLE avait insisté sur le caractère malaisé de l'organisation de sa consultation par les services du gouvernement. Le CNLE est parfaitement conscient du fait que les obligations administratives des services gouvernementaux nécessitent des formes qui ne facilitent pas toujours la compréhension des non-spécialistes, comme le sont la plupart des membres des collèges du CNLE, et, tout spécialement, nos collègues du 5^e collège.

Si le CNLE a pu observer quelques modifications **vers une lisibilité améliorée**, il estime cependant ne pas avoir été entendu sur l'essentiel de cette question. Tout d'abord, il n'a reçu aucune réponse de la part des services du gouvernement sur l'ensemble de son avis et de ses demandes de 2021. Ensuite, contrairement à ce qu'il avait espéré, le CNLE retrouve dans la forme des documents et de la présentation de 2022, **l'essentiel des défauts qu'il avait notés en 2021**.

→ **Proposition n°1**: **Rendre le rapport sur la C2S plus accessible, pour permettre une meilleure compréhension des enjeux**

➤ **Un effort de communication et de pédagogie à accomplir**

Ce que le CNLE souhaiterait, c'est **une forme plus ramassée, plus pédagogique, plus résumée** des principaux points du rapport, **avec un regroupement thématique**, par exemple. Le CNLE est conscient du fait que cette demande entraîne, de la part des services gouvernementaux, un travail supplémentaire, d'un style différent du style administratif classique. Une compréhension approfondie par les collèges du CNLE des données du système de santé et de la C2S est cependant conditionnée par cet effort demandé de communication.

D'autre part, sur certaines demandes les plus importantes, le CNLE espère cette année qu'il aura des réponses explicites argumentées à ses demandes.

► 1 - Non-recours, encore un effort !

Les services gouvernementaux sont préoccupés par le non-recours, en général. Dans le préambule du présent avis, le CNLE a rappelé l'importante enquête menée sur le non-recours en matière de soins, conduite avec l'assurance-maladie

Cette année encore, le rapport sur la C2S a fait état d'initiatives visant à en augmenter l'accès, et le CNLE se félicite de cet engagement des services, présenté au chapitre 2.

Cependant, le CNLE souhaite présenter une appréciation d'ensemble de la question. D'autre part, il demande au gouvernement de faire un pas en avant pour la compréhension d'un phénomène, qui, compte tenu de son importance quantitative presque inchangée depuis 2021, et notoirement connu depuis de nombreuses années, ne va pas malheureusement disparaître. Il s'agit à la fois d'une question de connaissance de ce non-recours et de la lutte contre celui-ci. Le gouvernement aura l'occasion, le CNLE en est certain, d'utiliser l'étape importante du rapport d'évaluation actuellement en cours de préparation et prévu pour être publié en 2023. Le CNLE souhaite que ce rapport lui soit formellement présenté, compte tenu de sa compétence au regard de l'article 862-7 du code de la sécurité sociale.

► Les chiffres de non-recours restent manifestement trop élevés : des objectifs chiffrés à fixer

Année après année, les chiffres du non-recours restent très élevés. Certes on a noté cette année (sans qu'on connaisse les estimations du non-recours après l'année 2020) l'évolution positive des entrées de nouveaux bénéficiaires du RSA, dans la procédure de reconnaissance automatique du droit. Quantitativement, cet effet est encourageant, mais il reste marginal, comparé au non-recours très élevé : 32% pour la variante gratuite de la C2S, 78% pour la variante avec participation financière, sont les chiffres DREES donnés dans le rapport.

→ Proposition n°2 : Communication de la stratégie élaborée pour lutter contre le non-recours

Face à cette situation, le CNLE renouvelle sa demande de 2021 : il souhaite que les services compétents du gouvernement expliquent en détail les stratégies qu'ils entendent déployer, non pas simplement en général, mais dans le détail de leur application, y compris en utilisant la méthode des objectifs explicites à atteindre.

► L'impact des complémentaires d'entreprise

Le rapport de 2022 sur la C2S insiste cette année plus particulièrement sur un phénomène, à savoir le fait que des bénéficiaires comptés comme « éligibles » sont potentiellement « couverts » par des complémentaires d'entreprise.

Le CNLE souligne que, si ce raisonnement est recevable, il ne doit en aucune façon aboutir à modifier, sauf étude approfondie ultérieure, laquelle relève de l'évaluation du dispositif, l'estimation des taux de non-recours actuellement établis par la DREES.

→ **Proposition n°3** : Mesurer l'impact des complémentaires d'entreprise sur le non recours

Plusieurs questions, restent non-résolues pour l'appréciation et la qualification exacte de la réalité statistique des effets des complémentaires santé. Il s'agit en effet de juger de la qualité de cette couverture et son efficience pour atteindre le but d'accès aux soins de santé pour les ménages le plus précaires, y compris en emploi. A ce propos, les points suivants sont pertinents :

- Le reste à charge des salariés ;
- La possibilité ou non de ne pas souscrire à la couverture de l'entreprise (les entreprises pouvant faire des choix différents) ;
- La possibilité de couverture des ayants droits ;
- La qualité de la couverture offerte (parfois avec des niveaux d'assurance différents, des options coûteuses) en comparaison avec la couverture proposée par la C2S.

→ **Proposition n° 4** : Articuler le passage entre la complémentaire santé d'entreprise et la C2S

La question du passage d'un dispositif à un autre (délais...) lorsque le salarié quitte l'entreprise pourrait aussi se poser. C'est la raison pour laquelle le CNLE demande 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 ;
- Étude régulière de l'impact des complémentaires d'entreprise pour les ménages pouvant relever de la C2S ;
- Évolution 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.

▶ 2 - Les demandes particulières du CNLE pour améliorer recours à la C2S

Plusieurs des demandes exposées dans cette partie ont déjà été présentées en 2021. Elles sont restées sans réponse, d'où la nécessité de les réitérer dans l'espoir que, cette année, elles recevront une réponse de la part des services gouvernementaux et/ou du Parlement.

→ **Proposition n°5** : Élargir l'attribution automatique de la C2S à d'autres publics

Les premiers éléments statistiques présentés dans le rapport 2022 laissent penser que l'élargissement d'une attribution automatique du droit à la C2S peut être une mesure efficace d'accès pour des catégories éligibles faisant l'objet d'un non-recours important pour les nouveaux accédants au RSA.

En 2021, le CNLE avait particulièrement noté le cas des jeunes sortant de l'ASE⁵, pour lesquels il serait utile de trouver un moyen d'élargir d'une façon automatique la présomption d'un droit à la C2S. Il ne suffit pas de cibler particulièrement les jeunes sortants de l'ASE, car il est de fait que les jeunes dans le milieu rural dont le profil est comparable à celui des jeunes sortants de l'ASE sont moins facilement identifiés par ce critère.

Plus généralement, en cohérence avec sa demande que le bénéficiaire d'un revenu minimum de type RSA soit étendu aux jeunes à partir de 18 ans (voir les avis successifs du CNLE depuis 2021), **le CNLE demande que l'ouverture des droits devienne automatique, sous réserve que la présomption du besoin des jeunes soit établie.**

Les **disparités territoriales** de fonctionnement et de traitement persistent dans la gestion des dossiers quant aux délais. Il est regrettable que malgré les dispositions légales, certains professionnels constatent que les droits de certaines personnes ne sont pas automatiquement instruits ou renouvelés alors qu'elles perçoivent l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou le RSA. L'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et l'allocation de solidarité spécifique (ASS) gagneraient à être intégrées à la liste des prestations permettant un renouvellement automatique (sous des modalités sans doute différentes et restant bien sûr à concevoir puisqu'elles s'appuient sur des critères différents).

→ **Propositions n°6** : Améliorer le dispositif d'accès et de renouvellement à la C2S

- **Améliorer le dispositif** d'accès et de renouvellement automatique des droits des titulaires du RSA et de l'ASPA et autoriser sous certaines conditions le **renouvellement automatique** des droits des personnes percevant l'AAH, l'ASI ou l'ASS.
- 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 obligatoire⁶.

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'AAH qui ne bénéficient pas de la 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 de 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 économie de santé (IRDES)⁷

⁵ Depuis le rapport très préoccupant publié en 2016, sous l'égide du fonds CMU, il a été établi que les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance, bénéficiaires de la C2S, vivent de graves difficultés dans notre système de soins.

⁶ Il s'agit de 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.

⁷ Dans son rapport n°560 Juin 2015 « L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France »

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 **des 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 CMU-C) et des bénéficiaires de pensions d'invalidité, qui bénéficient de la prise en charge de leur ticket modérateur ».

➔ **Proposition n°7 : Lutter contre les discriminations qui persistent envers les bénéficiaires de la C2S**

Les recherches sociologiques et les résultats des enquêtes administratives ont abondamment montré⁸ que persistent en France de multiples conduites discriminatoires dans le traitement pour les soins des personnes identifiées comme relevant de la C2S, à la suite de la CMU.

A l'occasion des discussions au sein du groupe de travail réuni pour l'avis sur le rapport de la C2S, il y a eu une multiplicité de témoignages vécus de discrimination, par les membres du 5^e collège bénéficiant ou ayant été bénéficiaires de la C2S – cas apparemment classique, pour l'accès au choix en matière de lunettes.

- ☉ « Je suis allée un jour chez un opticien pour acheter des lunettes. Ma sœur, qui a accès à la CMU, m'avait accompagnée. L'opticien a dit à cette dernière qu'elle devait se rendre au fond du magasin où se trouvaient les paires auxquelles elle avait droit. Ces propos l'avaient choquée et illustrent une différence de traitement liée au fait d'être bénéficiaire de la CMU », souligne G.C.

Le sujet des déserts médicaux a été abordé par certains membres du 5^{ème} collège pour expliquer le non recours aux soins.

- ☉ « J'habite dans une ville de 20000 habitants, où il est très difficile de trouver un dentiste disponible. Récemment, on a recommandé à une personne de se rendre à Bordeaux, qui se situe à 150 kilomètres, pour se faire soigner. Il convient de souligner que la C2S est accordée pour un an. Ainsi, si la personne met 6 ou 9 mois pour trouver un dentiste, elle n'aura pas le temps de faire tous les soins nécessaires. Il y a un véritable problème d'accès aux soins. Dans notre ville, il n'y a qu'un seul ORL pour 20000 habitants », indique M-J G.
- ☉ « Je dois désormais aller consulter un médecin à Clermont-Ferrand, qui se situe à 250 kilomètres de chez moi. Si je n'obtiens pas un bon de transport, je ne pourrai pas me faire soigner », regrette S.F
- ☉ « La prise en charge dans les hôpitaux n'est plus du tout la même qu'il y a quelques années. Je connais une personne qui était bénéficiaire de la CMU (et donc sous-entendu pauvre), elle n'avait pas été prise en considération lors d'un passage dans un service des urgences. Aucun

⁸ Voir notamment le cas des refus de soins liés à la CMU, testés à la demande de la Défenseure des droits en 2019.

bon de transport ne lui a été remis pour rentrer chez elle à 1 h du matin, et ce alors qu'elle avait eu des problèmes de santé assez importants. Elle a dû payer elle-même un taxi », rapporte G.C.

→ **Proposition n°8 : Élargir le panier de soins couvert par la C2S**

Le CNLE demande d'inclure dans le panier de soins couvert par la complémentaire santé solidaire, les actes réalisés dans les secteurs suivants : ostéopathie, podologie et les soins d'orthodontie pour les jeunes de plus de 16 ans.

→ **Proposition n°9 : Généraliser le tiers payant total pour réduire l'effet de seuil pour les sortants du dispositif de la C2S et les patients situés juste au-dessus du plafond C2S**

En vertu de la loi Santé du 1^{er} janvier 2016, le tiers payant généralisé devait devenir obligatoire au 1^{er} décembre 2017. La ministre de la santé Agnès Buzyn a repoussé l'échéance en le rendant « généralisable » donc non obligatoire. Or, sa généralisation faciliterait l'accès aux soins pour ceux qui se situent au-dessus du plafond de la C2S et limiterait ainsi l'effet de seuil. Actuellement les pharmacies et de nombreux laboratoires le pratiquent depuis longtemps sans difficulté. Cette mesure permettrait aussi de lutter contre la stigmatisation des titulaires de la C2S/AME. Par ailleurs, la complémentaire santé solidaire fonctionne très bien selon ce modèle.

→ **Proposition n°10 : Supprimer les dépassements d'honoraires, de secteur 2**

Comme l'a souligné le CNLE en 2016, la pratique des dépassements d'honoraires est l'une des principales raisons des difficultés d'accès aux soins en France. Les dépassements sont interdits pour les assurés de la C2S. Toutefois, certains témoignages des membres du 5^{ème} collège, bénéficiaires de la C2S font état de pratiques contraires qui peuvent conduire au renoncement aux soins.

- ☞ *« Dans le cadre d'une consultation chez un spécialiste, et même si la personne est concernée par une affection de longue durée (ALD), elle est parfois obligée d'avancer le paiement des soins (par exemple les dépassements d'honoraires). Par conséquent, elle annule le rendez-vous si elle n'en a pas les moyens. Par exemple, je devais faire un scanner du foie dont le coût est de 90 euros. Je n'en avais pas les moyens et j'ai donc annulé cet examen primordial. Finalement, on m'a dit que ce scanner pouvait être pris en charge dans le cadre du tiers payant à l'hôpital », témoigne G.C.*
- ☞ *« Ma fille, qui bénéficie de la C2S, a consulté un neurologue à l'hôpital public pour ses migraines chroniques. Je l'ai accompagnée au rendez-vous qui avait lieu à 18 h 30. La secrétaire n'était pas là pour indiquer que ce spécialiste pratiquait des dépassements d'honoraires. Ma fille a reçu ensuite la facture. Je croyais qu'il n'y avait pas de dépassement d'honoraires dans le public pour les personnes bénéficiant de la C2S, ou a minima que le patient était impérativement prévenu », déplore S.F.*

A la sortie du dispositif, les assurés de la C2S ne sont plus protégés contre les dépassements. En 2014, plus de 2,8 milliards d'euros ont été facturés aux patients au-delà des tarifs de l'Assurance maladie, un chiffre en progression de 6,6% par rapport à 2012.

La mise en place du Contrat d'accès aux soins, en 2013, a certes permis de limiter certains excès, mais n'a pas enrayé l'augmentation globale du montant des dépassements chez les spécialistes. Au contraire, le Contrat d'Accès aux Soins a provoqué un effet d'aubaine chez nombre de spécialistes, qui bénéficient à la fois d'une prise en charge de leurs cotisations et de la possibilité de facturer ou de continuer à facturer des honoraires relativement élevés (jusqu'à 2 fois le tarif de l'Assurance maladie, en moyenne sur l'ensemble de leur activité). Avec la Convention médicale du 25 août 2016 la mise en place de l'Option pratique tarifaire maîtrisée n'a nullement favorisé la baisse des dépassements. Au contraire, les effectifs des spécialistes en secteur 2 ont bondi de 37% en 2000 à 51% en 2021. Seuls 5% des médecins généralistes par ailleurs également médecins traitant et médecins à exercice particuliers exercent en secteur 2 (Le Quotidien du Médecin - 23/05/2022).

➤ **Le paiement de dépassement d'honoraires aux spécialistes devient un passage quasi obligé, pour poursuivre son parcours de soins**

Ainsi même si les médecins traitants sont très peu nombreux à pratiquer des dépassements d'honoraires, une cascade de dépassements intervient de plus en plus souvent dans la suite du parcours de soins avec la nécessité d'avoir recours souvent à la radiologie puis au spécialiste, source tous les deux de dépassements potentiels. Les sommes alors cumulées, demandées au patient, peuvent aller de quelques dizaines à plusieurs centaines d'euros parfois.

Un coût élevé pour la CNAM selon un rapport de la Cour des Comptes du 2 décembre 2017 : « le coût du contrat d'accès aux soins pour la seule année 2015 a représenté 183 millions d'euros et permis d'éviter 18 millions d'euros de dépassements chez les médecins qui y ont adhéré » et pour les patients. En d'autres termes la CNAM a dépensé 18 euros pour éviter un dépassement d'honoraires de 1 euro. Cette question fondamentale doit être abordée avec les spécialistes dans les négociations conventionnelles en cours pour garantir leur suppression, compensée par une augmentation du montant de leurs honoraires totalement opposables.

➔ **Proposition n° 11** : **Fusionner l'aide médicale de l'État (AME) avec la complémentaire santé solidaire**

Le CNLE demande depuis 2011, l'**intégration de l'AME⁹ dans l'assurance maladie**.

Fusionner les dispositifs d'accès à la couverture maladie répondrait à l'enjeu de créer une protection maladie réellement universelle, accessible à tous les résidents.

Sinon *a minima* subsidiairement si la fusion C2S/AME n'était pas adoptée, accorder la carte vitale aux bénéficiaires de l'AME. Pour mémoire, il s'agit de la proposition n° 15 du groupe de travail

⁹ L'AME est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>.

n°3 de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté intitulée : « Développer l'accompagnement global et les leviers de prévention » (mars 2018).

A défaut, pour les **étrangers en fin de validité du droit au séjour**, l'articulation entre la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie (« PUMA »), CSS et AME reste à améliorer, car les ruptures de couverture sont nombreuses.

→ **Propositions 11 bis : Amélioration de l'articulation entre PUMA, CSS et AME**

→ Maintenir une **prorogation de droits de 3 mois** pour laisser aux personnes le temps de faire le renouvellement — à la manière de ce qui était possible durant la crise sanitaire.

→ Améliorer l'articulation entre la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie (protection universelle maladie « PUMA »), CSS et l'AME pour les étrangers en fin de validité du droit au séjour afin de leur **garantir une continuité de couverture**.

→ **Proposition n° 12 : Corriger les effets négatifs de la dématérialisation, pour faciliter le recours à la C2S**

➤ **Les jeunes particulièrement exposés aux effets négatifs de la dématérialisation**

Le CNLE est constamment alerté par ses membres sur les effets dommageables de la dématérialisation. Cette question a d'ailleurs été relayée par une publication de la Défenseure des droits. La vision de l'administration en faveur de la dématérialisation est profondément biaisée et il faut la corriger.

Le CNLE insiste, à propos de la C2S, sur les témoignages nombreux qui notent les difficultés particulières d'accès au dispositif, qui sont liées à la restriction, sans cesse prégnante, de l'accueil physique des personnes par les CPAM.

Les jeunes sont particulièrement exposés à ces inconvénients qui résultent dans le barrage à leur accès à la C2S, ce qui provoque des retards et des périodes de non-couverture sociale à laquelle ils auraient normalement droit, ce qui retarde les soins auxquels ils devraient avoir accès, notamment dans le domaine dentaire. En effet, les jeunes ont coutume de traiter l'essentiel de leurs démarches par l'intermédiaire de leurs smartphones, qu'ils perdent couramment. D'autre part, les logiciels de la Sécurité sociale sont souvent incompatibles avec le fonctionnement des smartphones.

➤ **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.

➤ **Pour faire face aux difficultés persistantes à réunir les justificatifs demandés (avis d'imposition, bulletin d'adhésion) plus particulièrement lorsque les personnes sont hospitalisées**

Il est proposé de :

- **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.

Explication : certaines personnes, accompagnées ou non par des professionnels, sollicitent l'attribution de la C2S en sachant pertinemment qu'elles se verront attribuer un droit avec participation financière. La coexistence des deux circuits permettra à de nombreuses personnes qui sollicitent la C2S de se voir attribuer ce droit au plus tôt afin de recourir aux soins dans des délais raisonnables (en Seine-Saint-Denis, pour ne prendre que cet exemple, il n'est pas rare qu'il faille compter jusqu'à 4 mois de démarches avant l'attribution effective d'un droit). De plus, les personnes hospitalisées auront accès au bulletin d'adhésion avant leur retour à domicile et pourront ainsi prévenir ou limiter une dette hospitalière.

- Permettre la **liaison entre les services fiscaux** et les caisses pour récupérer les informations relatives aux impôts en l'absence d'avis d'impôt et supprimer son caractère obligatoire lors de la demande. Cette demande de justificatif est particulièrement pénalisante pour les jeunes qui ne sont pas domiciliés mais qui sont notamment en contrat d'engagement jeune (CEJ).
- Systématiser le **recours par les caisses au dispositif de ressources mensuelles** (DRM) via la base de ressources mensuelles (BRM) pour récupérer les ressources des personnes en application du principe « Dites-le-nous une fois (DLNUF) ».

➤ **Pour faciliter l'accès à la C2S aux personnes ne disposant pas de compte courant**

Il est demandé de permettre l'accès de façon effective à la C2S avec participation financière, aux **personnes ne disposant pas de compte courant** (paiement en espèces auprès du trésor public, chèque de banque sur livret A, mandat cash ou administratif, paiement par un tiers ou par carte bancaire, tout autre système analogue au timbre fiscal).

➤ Pour améliorer l'accès à la complémentaire santé solidaire

Il est proposé de modifier le plafond de ressources retenu pour attribuer la complémentaire santé solidaire à titre gratuit, pour inclure aussi les allocataires de l'ASPA, particulièrement affectés par des problèmes de santé.

En juillet 2018, le rapport « L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité » (Ph. Denormandie et M. Cornu-Pauchet) a proposé (proposition n°9) de porter le plafond de la CMU-C de 798 euros à +45% au lieu de +35% actuellement, c'est-à-dire 1157 euros au lieu de 1077 euros actuellement, soit un plafond au-dessus du seuil de pauvreté (1102 euros).

➔ **Proposition n° 13** : Le CNLE propose donc que le plafond de ressources retenu pour attribuer la complémentaire santé solidaire à titre gratuit corresponde au seuil de pauvreté fixé à 60 % du revenu médian calculé par l'Insee, soit 1102 euros.

Cette révision du plafond de ressources aurait pour effet de **supprimer les effets de seuil** qui touchent notamment les personnes percevant la CSS qui sont aussi allocataires de l'APSA, 953,45 euros et les allocataires de l'AAH, 919,86 euros.

➔ **Proposition n° 13 bis** : Une alternative à cette proposition serait un accès gratuit à la C2S jusqu'au plafond de l'ASPA, soit 953,45 euros en 2022, ce qui inclurait aussi les allocataires de l'AAH.

En conclusion, le CNLE demande au Parlement de se saisir de la question de la reconstruction de notre système de soin à partir des besoins de la population.

▶ 3 - De nombreux cas de difficultés ont été repérés par le CNLE, notamment sur la base des observations de ses membres du 5^e collège

L'examen du rapport par le CNLE et particulièrement le groupe de travail qu'il a réuni pour élaborer l'avis sur la complémentaire santé solidaire, a mis à jour une série de dysfonctionnements ou de limites du dispositif, dont des exemples empiriques viennent étayer les constats faits par les professionnels.

Quelques témoignages...

- ⊖ « Je souhaiterais partager une inquiétude concernant la complémentaire. C'est ma deuxième année sous ce régime. J'observe une très nette différence en ce qui concerne le suivi et l'accompagnement lors des maladies de longue durée. La fréquence est de plus en plus éloignée. Je présente personnellement de nouveaux symptômes et on m'objecte qu'il n'est pas nécessaire de réaliser des examens déjà réalisés il y a de cela trois ans, témoigne N.M,

avant de poursuivre « J'ai parlé de cela avec d'autres bénéficiaires : ils font tous le même constat, à savoir un espacement du suivi et un raccourcissement de la durée des examens, passant d'une heure à 15 minutes. Si l'accès aux soins est garanti, ces soins ne sont pas de qualité. Je constate donc des soins à deux vitesses. Je n'ai qu'une hâte : quitter la C2S ».

- « Je me sens stigmatisée. Certes, je ne paie pas le médecin mais je paie ma mutuelle, tous les mois, pour moi et mes enfants, ce qui représente 150 euros. Je le répète, je me sens très stigmatisée : j'ai l'impression d'être « un cas social ». On nous dit que l'on ne paie rien, mais ce n'est pas vrai », s'indigne S.H.
- « Il existe une méconnaissance des professionnels vis-à-vis des dispositifs. Aussi, il est faux de dire que nous ne payons rien. Nous payons toujours une partie. Je vais par ailleurs peut-être choquer mes collègues du cinquième collège, mais j'applaudis, des deux mains, tout ce qui concerne les appareils auditifs et les lunettes, par rapport au zéro reste à charge. Si des efforts restent à faire, ce dispositif doit être salué. Une des difficultés restantes réside dans le fait que nous devons payer, très cher, la deuxième paire de lunettes. Je me répète, mais je souhaite reconnaître les avancées qui ont eu lieu. Continuons sur cette voie-là », exprime N.M.
- « Nous n'avons droit qu'à six semestres en ce qui concerne l'orthodontie. La qualité des soins est différente, le rendu, également, le temps étant compté (selon les propos de l'orthodontiste). Le résultat final est moins naturel et je devrais payer, à la fin, pour la gouttière », constate S.B.
- « Il peut être nécessaire, voire obligatoire, d'avoir des semelles orthopédiques. Il ne s'agit pas de soins de confort. Or, la CPAM ne rembourse pas les semelles, certaines mutuelles non plus. La seule condition de prise en charge des semelles est que leur absence conduirait à la déformation osseuse du pied », précise N.M.
- « Je suis, depuis peu, préménopausée. On m'a indiqué que le traitement hormonal faisait grossir. J'ai voulu, alors, aller en pharmacie pour me tourner vers l'homéopathie. La boîte coûtait 7,5 euros », précise S.F, regrettant que l'homéopathie ne fasse pas partie du panier de soins de la C2S.
- « Certaines personnes ont la possibilité de se payer une mutuelle qui rembourse l'homéopathie, avec un plafond. Comment nous, qui n'avons pas accès à ce genre de couverture, pourrions-nous bénéficier d'un minimum ? Je ne sais pas si je me fais bien comprendre. J'avais l'impression que la C2S remplaçait la mutuelle », précise N.M.

Cela concerne aussi le cas des changements de situation vis à vis du droit à la C2S, mais aussi des situations des personnes avec des statuts et revenus difficiles à objectiver (intérimaires, précaires, etc.).

- « Parfois, les employeurs font signer des contrats de trois mois pour éviter de proposer une mutuelle à leurs salariés. De plus, les intérimaires se voient ouvrir des droits à une mutuelle lorsqu'ils ont travaillé un certain nombre d'heures, mais nous ne savons pas pour combien de temps ils sont couverts.

Il arrive également que des intérimaires signent plusieurs contrats par mois et se retrouvent au-dessus du seuil pour bénéficier de la C2S. Nous leur proposons de revenir plus tard pour formuler une nouvelle demande, mais certains ne reviennent jamais. Plutôt que de devoir renseigner les salaires perçus, ce qui complexifie la demande, pourquoi ne prend-on pas en compte l'avis d'imposition pour celles et ceux qui en ont un ? Pourquoi ne pas simplifier cette demande afin d'être en mesure de déterminer très rapidement si l'individu est en deçà ou au-dessus du seuil ? Simplifier la demande est une façon de lutter contre le non-recours », constate M-J.G.

- *« Je suis en autoentreprise et bénéficie de la C2S. Le problème vient de la nécessité de prouver que nous nous situons toujours en dessous des minimas sociaux. Faire cela est très compliqué. J'ai, personnellement, obtenu la C2S avant de déclarer mon autoentreprise. Je sais, de ce fait, que le renouvellement de la complémentaire va m'être refusé dès le 31 décembre. Pourquoi cela ? Je me situe à la limite des minimas sociaux. En outre, mes revenus étant irréguliers, cela ajoute de la complexité. Le paradoxe est le suivant : à cause des plafonds, je serai plus pauvre à la rentrée de janvier. Je me pose la question des raisons pour lesquelles je me suis remise à travailler. Je l'explique pour des raisons psychologiques, pour « être mieux dans ma tête ». Toutefois, économiquement, cela m'est défavorable », constate N.M.*

De nombreuses propositions ont déjà été faites par les professionnels eux-mêmes durant leurs mobilisations ces dernières années. Cette question est de fait débattue aux différents niveaux de notre société depuis près de 10 ans : communes, départements, régions, associations. Le Sénat, l'Assemblée Nationale et le Conseil Économique Social et Environnemental ont publié des rapports ces dernières années ainsi que les institutions dont les dernières publications parues en 2022 sont citées dans l'encadré ci-dessous.

Le CNLE souhaite que ses demandes et recommandations concernant le dispositif de la C2S soient prises en compte par le Parlement dans le cadre d'une réflexion nourrie par l'ensemble des rapports cités. Il attire, enfin, l'attention sur une étude publiée en 2011, le « Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire¹⁰ ». Les conclusions de cette étude, regroupés en 4 chapitres [Assurance maladie/financement - Le système de soins - La santé publique - La démocratie sanitaire] éclairent notre débat de 2022.

¹⁰ Par André Grimaldi (professeur de diabétologie), Didier Tabuteau, (responsable de la chaire de santé publique à l'IEP Paris), François Bourdillon (ex-directeur général de Santé Publique France), Frédéric Pierru (sociologue), Olivier Lyon-Caen (professeur de neurologie).

Rapports/avis/documents publiés en 2022 : le constat de gravité des évolutions négatives

Avis du Conseil Consultatif National d’Ethique le 07/11/2022 : « *Repenser le système de soin sur un fondement éthique* »

Rapport du Haut Conseil pour l’Avenir de l’Assurance Maladie intitulé « *Quatre scénarios polaires d’évolution de l’articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire* », janvier 2022.

Rapport du Haut Conseil pour l’Avenir de l’Assurance Maladie intitulé « *Organisation des Soins de proximité : Garantir l’accès de tous à des soins de qualité* », septembre 2022.

Lettre ouverte du Collège de la Haute Autorité de Santé à tous ceux qui œuvrent pour la qualité des soins et des accompagnements » 31/03/2022. Ce document évoque les difficultés des professionnels à délivrer aux patients et aux personnes accueillies une qualité des soins et des accompagnements à la hauteur de ce qu’ils souhaiteraient et le sentiment des usagers que le système de santé apporte de moins en moins de réponses adaptées à leur quotidien et leurs besoins.

Communiqué de l’Académie Nationale de Médecine 27/06/2022 Ce document *alerte sur les risques de la financiarisation* : « Radiologie, la financiarisation de tous les dangers » : « Les radiologues du secteur libéral, avec leurs plateaux techniques d’imagerie médicale, font actuellement l’objet de propositions massives d’acquisition par des investisseurs ; cela après que cliniques privées, EHPAD, plateformes de biologie et, plus récemment, maisons médicales de soins primaires ont été largement acquis par des groupes financiers relevant de fonds d’investissements ».

Pour élaborer l'avis du CNLE, un groupe de travail présidé par monsieur **Jean-Claude Barbier**, directeur de recherche CNRS émérite CES Université Paris 1 Panthéon Sorbonne et monsieur **Bernard Moriau**, responsable de missions à Médecins du monde s'est réuni à deux reprises **avec l'appui du secrétariat général du CNLE**. Des contributions écrites ont aussi été transmises.

Les participants au groupe de travail :

- **Mr Dominique VIRLOGEUX**, (CHRS vers l'avenir, 5^{ème} collège)
- **Mme Caroline PETIT**, (association Tribu de Tachenn, 5^{ème} collège)
- **Mr Servio MARIN**, (association Habitat et Humanisme, 5^{ème} collège)
- **Mme Marie-Jeanne GRENIER**, (association Pas à pas, 5^{ème} collège)
- **Mme François FROMAGEAU**, personne qualifiée (4^{ème} collège)
- **Mme Catherine COURTEL**, personne qualifiée (4^{ème} collège)
- **Mme Sylvie FOUCHÉ**, (association FAS Val de Loire, 5^{ème} collège)
- **Mme Nadia KESTEMAN**, CNAF (invités permanents)
- **Mr Sylvain TERNOIR**, (association Chom'actif, 5^{ème} collège)
- **Mme Gemina CHAKRIT**, (association AF-UPP, 5^{ème} collège)
- **Mr Marcel ANDRE**, (association les petits frères des pauvres, 5^{ème} collège)
- **Mr Aurélien MERABET**, (5^{ème} collège)
- **Mme Yasmina YOUNES**, (association fondation armée du salut CNPA, 5^{ème} collège)
- **Mr Joran LE GALL**, ANAS (invités permanents)
- **Mr Olivier FANTONE**, délégué CFE-CGC (3^{ème} collège)
- **Mme Sonia BENMA**, (apprentis d'Auteuil, 5^{ème} collège)
- **Mme Nathalie MONGUILLON**, (ATD Quart monde, 5^{ème} collège)
- **Mr Maxime GARCIA-TARAC**, (association Partage)

