



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

**REUNION EXTRAORDINAIRE DU CNLE
JEUDI 18 NOVEMBRE**

Ministère des Solidarités et de la Santé

ORDRE DU JOUR

Ouverture de la réunion par Delphine AUBERT, Secrétaire générale du CNLE	5
Présentation du dispositif de complémentaire santé solidaire par Monsieur Franck VON LENNEP, Directeur de la Sécurité Sociale, et les membres de la DSS	5

Ordre du jour

- **Ouverture de la réunion par Delphine AUBERT, Secrétaire générale du CNLE**
- **Présentation du dispositif de complémentaire santé solidaire par Monsieur Franck VON LENNEP, Directeur de la Sécurité Sociale, et les membres de la DSS**

Membres présents➤ **ASSOCIATIONS**

Marcel ANDRE (Petits Frères des Pauvres)
Marie LANZARO (Emmaüs France)
Marie-Aleth GRARD (ATD)
Henriette STEINBERG (Secours Populaire Français)
Hugo SI HASSEN (Fédération des acteurs de la solidarité)
Bernard GOUEDIC (MNCP)

➤ **PARTENAIRES SOCIAUX**

Pierre Baptiste CORDIER SIMONNEAU (CFTC)
Alain ROUSSENAC (FO)
Élise N'GUYEN (UNAPL-U2P)
Brice MOREY (CPME)

➤ **PERSONNES QUALIFIÉES**

Jean-Claude BARBIER (Universitaire)
Yves MÉRILLON (Restos du cœur)
Christophe ROBERT (Fondation Abbé Pierre)
Bernard MORIAU (Médecins du monde)

➤ **MEMBRES DU 5^E COLLÈGE**

Dominique VIRLOGEUX (CHRS l'Avenir)
Angélique CRETEAU (CHRS l'Avenir)
Sylvie FOUCHÉ (FAS Val de Loire)
Coumba TOUMBOU (FAS Val de Loire)
Lucienne SOULIER (ATD Quart Monde)
Nathalie MONGUILLON (ATD Quart Monde)
Marcel ANDRÉ (Les Petits frères des pauvres)
Fatouma DIOP (Les Petits Frères des Pauvres)
Marie PEYRONNET (CASP)
Ali TAMRAOUI (CASP)
Yasmina YOUNES (CNPA Armée du salut)
Sylvain TERNOIR (Chom'Actif)
Simone PILON (Chom'actif)
Servio MARIN (Habitat et humanisme)
Catherine BOUTET (Habitat et humanisme)
Kadour GUENNAD (Partage)
Yamina BENADDI (Partage)
Sabrina GARDON (Secours populaire français)
Bastien CORSINI (Pas à pas)
Sandra SALZANO (Apprentis d'Auteuil)
Sonia BENMAA (Apprentis d'Auteuil)
Sylvie HEBERT LELIEVRE (AF-UPP)
Yasmina TIHAMI (AF-UPP)
Gémina CHAKRIT (AF-UPP)
Refik ISUFI (Repairs95)
Aurore DUBOIS (Repairs95)
Aurélien MERABET (Le refuge)

➤ **ORGANISMES SOCIAUX**

Delphine BAUDET-COLLINET (USH)
Laurence SALTER (Pôle Emploi)
Jean-Marie BLANCHOZ (CNAM)

➤ **REPRESENTANTS ORGANISMES NATIONAUX**

Monique DUPUY (UNAF)
Dominique RAIMBOURG (Commission nationale consultative des Gens du voyage)

➤ **COMITÉS ET CONSEILS**

Marion TANNIOU (France Urbaine)

➤ **COMITE SCIENTIFIQUE**

Nicolas DUVOUX (Président du comité scientifique du CNLE)
Julie COURONNE (INJEP)
Marine de MONTAIGNAC (France Stratégie)
Sandra BERNARD (DREES)
Hélène REVIL (Umrpacte)

➤ **ADMINISTRATIONS ET REPRESENTANTS DES MINISTRES**

Ministère des Solidarités et de la Santé

Margaux CLUSE (DGCS)

Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion

Jean-Benoît DUJOL (DGEFP)

Ministère de la justice

Madame Anne-Laure COZE (Service de l'accès au droit et à la justice et de l'aide aux victimes)

➤ **PERSONNES RESSOURCES**

Manuela DEVLIEGHER (Partage)
Jean-Louis M'PELINGO (Chom'Actif)
Magloire Chéri BIANDA (CHRS vers l'avenir)
Luna MICHEL (Habitat et Humanisme)
Sylvie DAVIEAU (Apprentis d'Auteuil)
Camille LARRIEU (Centre action protestant)
Baptiste BOUJU (ATD)

➤ **SECRETARIAT GÉNÉRAL DU CNLE**

Delphine AUBERT
Michèle LELIÈVRE
Juliette RAMSTEIN
Fatima GUEMIAH
Lamia MEZIANE

➤ **INVITES**

Damien HORN
Huguette Boissonnat (ATD)

➤ **INTERVENANTS**

Franck VON LENNEP (Directeur de la Sécurité Sociale)
Alice BLANCHON(DSS)
Lucile DELAUNOY(DSS)
Stéphanie GILARDIN (DSS)
Fairouze ALOUI (DSS)
Fanny CHAUVIRE (DSS)

Ouverture de la réunion par Delphine AUBERT, Secrétaire générale du CNLE

Delphine AUBERT, Secrétaire générale du CNLE :

Je vous remercie pour votre participation à ce conseil, qui vise à répondre à la saisine de la Direction de la Sécurité Sociale sur le rapport concernant la complémentaire santé solidaire, que le ministre de la Santé doit remettre au Parlement avant le 31 décembre 2021, et qui sera par la suite, rendu public. Dans ce cadre, l'avis du CNLE sera également transmis au Parlement. Dorénavant, cette saisine est inscrite dans les textes de loi et devra donner lieu, chaque année, à la remise d'un avis de cette instance. Il s'agit d'un témoignage de reconnaissance du CNLE et de la qualité du travail mené par ses membres. Cette saisine représente également l'occasion pour le conseil d'apporter sa connaissance des phénomènes de pauvreté pour évaluer et améliorer la mise en œuvre d'un dispositif permettant à 7 millions de personnes de recevoir des soins. Dans le contexte de crise sanitaire, l'accès à la santé s'est imposé comme un sujet majeur pour les plus précaires.

Pour information, Mme Fiona LAZAAR, Directrice du CNLE, ne pouvait pas être présente à la séance de ce jour et s'en excuse.

Enfin, avant de céder la parole à Monsieur VON LENNEP et aux membres de la DSS, qui procéderont à la présentation du dispositif, je précise que le rapport sera envoyé aux participants à l'issue de la séance. Les membres du conseil ont d'ores et déjà reçu le support de présentation, ainsi que le document de cadrage sur l'avis à rendre. La présentation sera suivie par un temps d'échanges et de débats, puis par une discussion sur les modalités de travail à adopter pour rédiger l'avis attendu.

Présentation du dispositif de la complémentaire santé solidaire par Monsieur Franck VON LENNEP, Directeur de la Sécurité Sociale, et les membres de la DSS

Une présentation est projetée en séance.

Franck VON LENNEP (Directeur de la Sécurité Sociale):

Je vous remercie de m'avoir convié à cette séance. Nous nous excusons de n'avoir pas pu transmettre le rapport en amont de cette réunion, mais pour précision, il a tout juste été finalisé ; sa dernière version a été terminée cette nuit. De plus, nous sommes actuellement en train de travailler sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), il s'agit donc d'une période extrêmement chargée. Nous tentons de faire de notre mieux.

La présentation PowerPoint qui va vous être commentée est une synthèse du contenu du rapport, qui est, pour sa part, bien plus long et exhaustif. Il est probable qu'il contienne encore des coquilles, et ne sera pas transmis tel quel au Parlement. Ainsi, les membres du CNLE sont encouragés à faire part de toute remarque ou modification à son sujet, aussi bien sur le fond que sur la forme. L'objectif est de transmettre ce rapport dans sa version finale au Parlement avant le 31 décembre 2021, conformément à la législation.

Je souhaite formuler quelques mots d'introduction avant de laisser place à la présentation. En premier lieu, la complémentaire santé solidaire a été créée fin 2019 et remplace les dispositifs existants, à savoir la CMU-C et l'aide à la complémentaire santé. La CMU-C, qui a 20 ans, est une complémentaire gratuite pour les personnes les plus précaires. L'aide à la complémentaire santé a été créée en 2005. Il s'agit d'une aide versée aux ménages dont les revenus excèdent le plafond de la CMU-C, mais sont inférieurs à un autre plafond.

Auparavant, les ménages devaient choisir un contrat de complémentaire santé parmi une large gamme disponible, avant d'obtenir l'aide visant à réduire le coût de la complémentaire. La complémentaire santé solidaire représente un unique contrat avec un seul type de garantie et montant forfaitaire à payer pour les ménages, qui ne dépendent plus du contrat, mais est croissant avec l'âge. Il équivaut à 30 euros par mois pour les ménages les plus âgés. En ce sens, ce nouveau dispositif est significativement plus simple et lisible pour ses bénéficiaires. Il conserve également les avantages des complémentaires à destination des individus les plus précaires, tels que l'interdiction des dépassements et l'obligation du tiers payant. En reprenant les missions de la CMU-C, les administrateurs et les caisses de la sécurité sociale ont l'objectif de faire mieux qu'auparavant, aussi bien dans le champ des données qu'ils fournissent que dans les travaux d'étude qu'ils mènent.

En second lieu, je tiens à préciser les enjeux du rapport. Il est issu des travaux conduits au sein du comité de suivi dédié à la complémentaire santé solidaire, qui réunit les gestionnaires, l'administration, ainsi que les représentants des patients et des associations. Ce rapport vise à présenter les données de manière transparente, les dispositifs règlementaires, et à recueillir les réactions et les propositions au sujet de la complémentaire santé solidaire, qui se veut un dispositif au service des personnes. Par ailleurs, les mesures du PLFSS s'inspirent des demandes des associations concernant l'accès à la complémentaire santé solidaire. À titre d'exemple, l'une des dispositions du PLFSS automatise l'attribution de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA. En effet, il est important de prendre en compte les attentes et demandes des acteurs pour faire évoluer ce dispositif.

Je vous remercie pour votre attention. Nous aurons l'occasion d'organiser des points réguliers sur la mise en œuvre des évolutions du dispositif, y compris celles demandées par le CNLE. Je cède à présent la parole aux membres de la DSS, chargés de dérouler la présentation du rapport.

Stéphanie GILARDIN (DSS) : Nous avons décidé de partager la présentation du rapport entre plusieurs membres de la DSS, afin de la rendre plus vivante, et de présenter notre équipe.

Je souhaite commencer par un rappel des objectifs et des modalités de la complémentaire santé solidaire, en répondant à deux questions. En premier lieu, pourquoi la complémentaire santé solidaire ?

En France, détenir une complémentaire est une condition essentielle pour garantir l'accès aux soins de tous : la couverture assurantielle joue un rôle prédominant dans les décisions individuelles de santé.

La complémentaire santé solidaire constitue une couverture complémentaire attribuée à titre gratuit aux personnes dont les ressources sont inférieures à 753 € par mois et en contrepartie d'une participation financière aux personnes dont les ressources mensuelles sont situées entre 753 € et 1017 € pour une personne seule. La participation financière de ces personnes reste maîtrisée : variable en fonction de l'âge des assurés, à l'instar des complémentaires du secteur privé, pour un coût maximum de moins de 1 euro par jour par personne. La complémentaire santé solidaire est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par l'organisme d'assurance maladie en charge de sa protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires.

La seconde question sur laquelle s'interroger est : qu'est-ce qui est pris en charge par la complémentaire santé solidaire ?

La complémentaire santé solidaire donne droit à la prise en charge du ticket modérateur sur les dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Elle garantit également la prise en charge du forfait journalier hospitalier et exonère ses bénéficiaires de la participation forfaitaire normalement appliquée sur tout acte, consultation, examen de biologie médicale ainsi que de la franchise applicable au remboursement des médicaments, des actes paramédicaux et des transports sanitaires. Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. À cela s'ajoutent des forfaits de prise en charge spécifiques, au-delà des tarifs de remboursement de la sécurité sociale, pour les soins dentaires, l'optique, les audioprothèses et les

dispositifs médicaux avec un panier de soins très protecteur. Le niveau de couverture de la complémentaire santé solidaire correspond à celui de la CMU-C et les paniers de soins en dentaire, optique et pour les aides auditives ont été mis en cohérence avec les paniers de soins 100 % Santé. Au-delà de la couverture de soins importante apportée par la complémentaire santé solidaire, ce dispositif protège également ses assurés, d'une part, en interdisant les dépassements d'honoraires, et d'autre part, en exemptant les bénéficiaires d'avance de frais grâce au tiers payant intégral.

À présent, je souhaite aborder les dispositions légales relatives à la rédaction du rapport annuel sur la complémentaire santé solidaire.

Selon l'avant-dernier alinéa de l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale dans sa version modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 :

« Le ministre chargé de la sécurité sociale établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation financière, ainsi que l'évolution du montant des cotisations de taxe de solidarité additionnelle, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versés par ces organismes et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité. »

Le présent rapport a ainsi vocation à rendre compte d'une information claire, précise et transparente sur la complémentaire santé solidaire, sa gestion ainsi que sa mise en œuvre. Il est aussi bien destiné au grand public, en raison de plusieurs parties à destinée pédagogique, qu'à des acteurs et institutions spécialisés dans le domaine de l'accès aux soins.

Selon le dernier alinéa de l'article L. 862-7 du code de la sécurité sociale :

« 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 soit le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE)] rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée. »

La consultation du CNLE est désormais un impératif prévu à un niveau législatif.

Le rapport, d'une longueur de 101 pages hors annexes, présente plusieurs points. La première partie est consacrée à la gestion de la complémentaire santé solidaire, et comprend l'explication du dispositif et sa gouvernance. La seconde partie s'axe sur le retour sur la montée en charge de la complémentaire santé solidaire en 2020 et 2021. Elle détaille l'appropriation du dispositif par l'ensemble des acteurs concernés. En troisième partie, le suivi des bénéficiaires et des dépenses relatives à la complémentaire santé solidaire est abordé. En quatrième partie, nous expliquons le financement de la complémentaire santé solidaire. La cinquième partie fait l'objet de l'analyse et du suivi de la SS et des dispositifs d'accès aux soins pour les publics précaires. Enfin, la dernière partie est dédiée à l'information et la communication relatives à la complémentaire santé solidaire. Celle-ci se centre sur les actions de communication et de promotion du dispositif survenues dans l'année.

Je cède la parole à Fanny CHAUVIRE, qui traitera du contenu de la partie introductive du rapport ainsi que du premier chapitre.

Fanny CHAUVIRE (DSS) : Merci. Tout d'abord, la partie introductive du rapport vise à faire comprendre le dispositif aux lecteurs. Celle-ci commence par un éditorial du directeur de la sécurité sociale, qui résume les événements de l'année passée et les projets à venir sur la complémentaire santé solidaire. L'introduction inclut également des points de vue d'autres institutions en charge du pilotage de la complémentaire santé solidaire sur certains de ses aspects. Par la suite, une page pédagogique vise à expliquer de manière très simplifiée ce qu'est la complémentaire santé solidaire, les prestations qu'elle propose et les publics qui y sont éligibles. Les chiffres clés sont ensuite rappelés, avant de terminer sur les faits marquants de 2020 et 2021. Les évolutions normatives de l'année passée sont rappelées, ainsi que l'organisation de la comitologie, les périodes dérogatoires, les publications, le nouveau site internet et la campagne de communication.

Le chapitre 1 du rapport est centré sur la gestion de la complémentaire santé solidaire et sur les acteurs impliqués dans ce dispositif. En résumé, ce chapitre représente un récapitulatif des missions et de la comitologie relative à la complémentaire santé solidaire à un niveau national. Il permet ainsi d'expliquer la nouvelle gouvernance de ce dispositif, et d'illustrer la continuité et le suivi des missions suite à la fermeture du fonds de la complémentaire santé solidaire.

Les premiers acteurs sont la caisse nationale de l'assurance maladie et la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole et les régimes sociaux. Les deuxièmes types d'acteurs concernés sont les organismes complémentaires. Ils recouvrent notamment les participations financières des assurés dont ils gèrent les contrats. L'agence centrale des organismes de sécurité sociale représente le troisième acteur du dispositif. Elle est chargée de fiabiliser des éléments déclaratifs de la TSA. Enfin, le ministère des Solidarités et de la Santé prend également part au dispositif, puisque notamment, il gère la liste des organismes participant à la complémentaire santé solidaire, recueille des informations relatives aux personnes prises en charge, et suit sa mise en œuvre grâce à des travaux d'études et de recherche.

La gouvernance de la complémentaire santé solidaire s'organise comme suit :

- Un comité de suivi, qui se réunit deux fois par an. Il rassemble les représentants d'associations, de fédérations d'organismes complémentaires, des organismes de sécurité sociale, des organismes complémentaires. Son objectif est de permettre un suivi de la complémentaire santé solidaire, et d'associer les parties prenantes à la mise en œuvre du dispositif.
- Un comité technique, qui se réunit 4 fois par an et inclut la CNAM, la CCMSA, et l'ACOSS. Il associe les acteurs de la complémentaire santé solidaire au développement du dispositif, et aborde différents points techniques.
- Une instance de concertation avec des associations et institutions promotrices de la complémentaire santé solidaire sur le terrain, qui crée un temps d'échanges entre les acteurs, effectue des remontées de terrain sur l'accès aux soins, et développe des partenariats et projets.

Je cède à présent la parole à Fairouze ALOUI, qui se chargera de présenter le chapitre 2 du rapport.

Fairouze ALOUI (DSS) : Je vous remercie. Le chapitre 2 est relatif à la montée en charge de la complémentaire santé solidaire en 2020 et 2021. Il vise à expliciter toutes les évolutions récentes sur la complémentaire santé solidaire et la manière dont les différents acteurs de ce dispositif se sont approprié cette réforme.

Une première partie est consacrée aux évolutions normatives récentes. Sont par la suite détaillées les actions des caisses d'assurance maladie du régime général et du régime agricole et le rôle important que détiennent ces organismes quant à l'amélioration du recours à la complémentaire santé solidaire. Parce qu'ils sont gestionnaires de presque 20 % des contrats de complémentaire santé solidaire, les missions des organismes complémentaires en matière de complémentaire santé solidaire sont présentées. Par ailleurs, les relations de la direction de la sécurité sociale et des caisses de sécurité sociale avec les associations et les acteurs de terrain tendent à s'enrichir en vue de discuter des modalités opérationnelles de ce dispositif et de le promouvoir auprès des publics qu'ils accompagnent. Enfin, parce qu'ils sont tenus à certaines obligations quand ils s'occupent de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, les pratiques de professionnels de santé et des professionnels paramédicaux, notamment sur la pratique du tiers payant intégral et le 100 % santé sont analysées.

Les évolutions règlementaires et législatives de la complémentaire santé solidaire en 2020 et 2021 sont les suivantes :

- L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA ;
- Facilitation de l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires de l'ASPA ;
- Le droit à l'interruption de droit en cours du contrat, sans frais, de la complémentaire santé solidaire ;

- L'extension du champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale à toutes les décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire ;
- Simplification du circuit de financement.

Par ailleurs, les mesures réglementaires découlant d'un décret simplifiant l'accès à la protection en matière de santé prévue à l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale sont les suivantes :

- Adaptation des dispositions réglementaires relatives au calcul des ressources prises en compte et à la période de référence pour l'éligibilité à la complémentaire santé solidaire, du fait du recours au dispositif de ressources mensualisées (DRM) pour le renseignement des demandes de complémentaire santé solidaire ;
- Exclusion du calcul des ressources permettant de déterminer le droit à la complémentaire santé solidaire des indemnités correspondant aux mesures de réparation pour les orphelins dont les parents ont été victimes de persécutions antisémites ou d'actes de barbarie durant la Deuxième Guerre mondiale ;
- Simplification du renouvellement du droit à la complémentaire santé solidaire ;
- Possibilité d'ouvrir le droit à la complémentaire santé solidaire à seulement certains membres du foyer, même mineurs ;
- En cas de décès du bénéficiaire principal, continuité du droit jusqu'à expiration pour les autres membres du foyer s'ils le souhaitent ;
- Un enfant majeur intégrant un foyer dont un contrat de complémentaire santé solidaire est en cours peut aussi bénéficier de ce dispositif.

Plusieurs actions ont été déployées par des régimes d'assurance maladie (CNAM, MSA) pour faciliter et promouvoir l'accès à la complémentaire santé solidaire auprès de leurs assurés, y compris dans le cadre de la crise sanitaire. Par exemple, l'assurance maladie a procédé à la gestion des dossiers de demande de complémentaire santé solidaire.

La parole est à Lucile DELAUNOIS, qui va évoquer la seconde partie de ce chapitre 2.

Lucile DELAUNOIS (DSS) : Merci. Le chapitre 2 traite ensuite du retour sur la montée en charge de la complémentaire santé solidaire en 2020 et 2021. Les organismes complémentaires jouent un rôle important dans la gestion de la complémentaire santé solidaire, puisqu'ils couvrent 1 220 000 bénéficiaires en juin 2021.

Dans ce cadre, ce rapport revient sur la gestion des contrats de complémentaire santé solidaire par les organismes complémentaires, l'appui de la direction de la sécurité sociale auprès des organismes complémentaires suite à la suppression du Fonds de la complémentaire santé solidaire, l'inscription au dispositif et l'espace réservé aux organismes complémentaires avec les outils de travail mis à leur disposition sur le site de la complémentaire santé solidaire, les évolutions réglementaires spécifiques aux organismes complémentaires intervenues pendant l'année, et l'enquête menée par la Direction de la sécurité sociale sur les contrats de sortie. En effet, si les droits d'un bénéficiaire ne sont pas renouvelés, les organismes de ce dispositif sont tenus de proposer un contrat de sortie d'une durée d'un an.

Par la suite, le rapport revient sur les échanges avec les acteurs de terrain et les associations. Dans ce contexte, un comité associatif dédié à la complémentaire santé solidaire copiloté avec la CNAM est mis en place. Enfin, ce chapitre 2 se conclut sur une partie consacrée au respect des obligations des professionnels de santé envers les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

Je laisse la parole à Alice BLANCHON, qui s'attachera à présenter les chapitres 3, 4 et 5 du rapport.

Alice BLANCHON (DSS) : Merci. Le chapitre 3 du rapport s'axe sur le suivi des bénéficiaires et des dépenses de la complémentaire santé solidaire. La première partie de ce chapitre concerne les

effectifs de la complémentaire santé solidaire. À la fin du mois de juin 2021, 7,2 millions de personnes sont protégées par la complémentaire santé solidaire, ce qui constitue une progression de 1,8 % supplémentaire depuis le mois d'octobre 2019, dernier mois avant la mise en place de la réforme en novembre 2019. Cette hausse est portée par une augmentation des contrats de complémentaire santé solidaire avec participation financière, ce qui constituait le cœur de la réforme de 2019.

Concernant les effectifs de la complémentaire santé solidaire, un tableau inclus dans la présentation fait part du profil des attributaires par âge. En moyenne, la complémentaire santé solidaire sans participation protège une population assez jeune, composée de plus de 40 % de personnes de moins de 20 ans. Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire avec participation financière sont issus le plus souvent de foyers composés d'une personne seule : ce profil de foyer représente 39 % de ce type de bénéficiaires, contre 26 % parmi pour la complémentaire santé solidaire sans participation.

La moitié des attributaires de la complémentaire santé solidaire avec ou sans participation vit dans un foyer dont les revenus reviennent du RSA. Un tiers appartient à un foyer dont les revenus ne proviennent pas du RSA et sont en deçà du plafond de la complémentaire santé solidaire gratuite. Moins d'un cinquième des attributaires de complémentaire santé solidaire fait partie d'un foyer dont les revenus relèvent de la tranche ouvrant droit à la complémentaire santé solidaire avec participation, dont la majorité se rapproche du plafond de la part gratuite du dispositif.

Le chapitre 4 concerne le financement de la complémentaire santé solidaire. En premier lieu, la complémentaire santé solidaire est financée par la Taxe de solidarité additionnelle, avec ou sans participation à travers le Fonds de financement de la complémentaire santé, ouvert au sein de la CNAM. Le solde de TSA non utilisé dans ce cadre est reversé à la CNAM. Des contrôles sont exercés pour s'assurer que les organismes complémentaires reversent bien la taxe qu'ils perçoivent à la complémentaire de santé solidaire.

Enfin, le chapitre 5 est dédié à la mission d'analyse et de suivi des dispositifs d'accès aux soins. En premier lieu sont abordées les modalités d'analyse de la CSS et de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Delphine AUBERT (Secrétaire générale CNLE) : Je remercie la DSS pour cette présentation très pédagogique. À présent, je souhaite ouvrir le débat et les échanges avec les participants au conseil.

Bernard MORIAU (personne qualifiée) : Je vous remercie pour cette présentation exhaustive. Il est positif que le CNLE soit sollicité pour donner son avis sur ce dispositif. Je souhaite formuler plusieurs questions et remarques. En premier lieu, l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire fait l'objet d'une demande de longue date de la part du CNLE. Toutefois, année après année, il est fait part aux membres du comité de suivi des obstacles insurmontables à l'atteinte de cet objectif, comme les données sociales nominatives, ou la lutte contre la fraude. Aussi, cette automaticité sera-t-elle bien réalisable, au vu de toutes ces barrières ?

Par ailleurs, le plafond de la complémentaire santé solidaire (1017 euros) s'applique aux personnes bénéficiant de 46 euros de moins (1017 euros) que le seuil de pauvreté (1063 euros). Pourquoi ne pas la rendre attribuable à la population située sous ce seuil de pauvreté, dont les revenus correspondent à 60 % du revenu médian, à savoir 1063 euros ?

Ensuite, le CNLE s'est prononcé sur la question de la fusion de l'Aide Médical État (AME) dans la CMU en juillet 2011. En janvier 2020, 9 praticiens et praticiennes du droit des étrangers, dont Pascal BRICE ancien Directeur général de l'OFPPA , recommandaient d'envisager de fondre l'AME dans la PUMA.

Enfin, la commission d'enquête sur l'immigration de l'Assemblée nationale a demandé début novembre de mettre en œuvre une politique volontariste pour lever les obstacles à l'accès à l'AME et supprimer le délai de carence de trois mois s'appliquant aux demandeurs d'asile avant leur affiliation à la PUMA.

Autrement dit, les décrets publiés par le gouvernement fin 2019 pour introduire ces délais

sont remis en cause. Il s'agit d'une demande que le CNLE a formulé à Olivier VERAN en septembre 2020.

Stéphanie GILARDIN (DSS) : Merci pour ces questionnements, qui ont, effectivement, déjà été portés à notre attention. L'une des priorités du dispositif est de favoriser le recours à la complémentaire santé solidaire par les bénéficiaires du RSA. Après arbitrages en matière de rémunération, il a été opté en faveur d'automatités pour fluidifier l'accès des bénéficiaires à la complémentaire santé solidaire. Pour autant, les points de progression évoqués par le Dr MORIAU sont pertinents et ont été bien notés. Ils pourront faire l'objet d'études ultérieures.

Huguette BOISSONNAT (ATD) : Merci pour cette présentation. Pour ma part, je souhaite revenir sur trois points. En premier lieu, cette réforme s'avère être une véritable réussite. La DSS est très efficace et réactive face aux problématiques du terrain. Dès lors, j'encourage tous les bénéficiaires à la contacter dès qu'ils rencontrent un problème, car il y sera répondu sous une semaine ou dix jours. Cette organisation permet une vision très fine de la situation sur le terrain.

En second lieu, j'ai constaté que les renouvellements de droits n'étaient pas effectués automatiquement. Auparavant, la CMU était connectée au Revenu Minimum d'Insertion (RMI) et autres revenus, ce qui permettait une meilleure fluidité du système. Dans ce cadre, j'attire en particulier l'attention sur les personnes entre 50 et 60 ans, car elles disposent d'une marge financière importante, et ont eu tendance à moins se tourner vers la complémentaire santé solidaire.

Enfin, si les retours sur la complémentaire santé solidaire dans le champ de l'audiologie sont très satisfaisants, il n'en est pas de même pour les champs de l'optique et du dentaire. En effet, les opticiens peinent à proposer les lunettes comprises dans la complémentaire santé solidaire. Dans le cadre du domaine du dentaire, les bénéficiaires payent parfois des suppléments, malgré le 100 % dentaire et la complémentaire santé solidaire. Il est également constaté une augmentation de fréquence et de la quantité des soins. Avez-vous également remarqué ces phénomènes ?

Lucile DELAUNOIS (DSS) : Merci pour ces retours. Lorsque nous devons intervenir sur un dossier précis qui rencontre des difficultés, nous nous appuyons sur les services de la CNAM et du MSA, qui nous livrent des réponses rapides. Nous les en remercions.

En outre, nous avons obtenu les mêmes retours que ceux formulés par Madame BOISSONNAT, notamment de la part d'organismes complémentaires. Nous avons conscience des problématiques dans les domaines du dentaire et de l'optique, et nous y serons vigilants.

Alice BLANCHON (DSS) : Le retour des acteurs de terrain nous sont très précieux. Ils sont pris en compte dans la loi de financement de la sécurité sociale et dans les mesures d'application pour faciliter la gestion de la complémentaire santé solidaire. Nous réfléchissons à chaque problématique portée à notre attention et tentons d'y apporter des solutions, bien que cela prenne parfois du temps.

Sylvie FOUCHE (Collège des personnes concernées) : J'ai assisté à une réunion avec la FAS du Centre Val de Loire il y a deux ans. L'évolution de la CMU en la complémentaire santé solidaire y avait été expliquée, et notamment son renouvellement automatique pour les bénéficiaires du RSA. Toutefois, cette mesure n'est pas appliquée : il faut renouveler soi-même ses droits chaque année.

Par ailleurs, une personne faisant partie du cinquième collège, absente ce jour m'a informée qu'en raison d'une maladie génétique des yeux, elle doit porter des lentilles et non des lunettes. Or, les lentilles ne sont pas prises en charge par la complémentaires santé solidaire, il lui a donc été demandé de payer 500 euros, ce qui est conséquent pour une personne au RSA. Quelles solutions face à ce type de situation ?

Il arrive également que les professionnels refusent d'accepter la complémentaire santé solidaire, sans rediriger la personne vers un autre professionnel, qui lui, l'accepterait.

De plus, le laboratoire d'analyse dans lequel j'effectue une biopsie tous les six mois me demande systématiquement de leur renvoyer mon attestation de complémentaire santé solidaire, car il ne la conserve pas, ce qui est contraignant.

Enfin, les frais d'orthodontie et les semelles orthopédiques ne sont pas pris en charge par la complémentaire santé solidaire.

Stéphanie GILARDIN (DSS): Le renouvellement automatique pour les bénéficiaires du RSA fait l'objet d'une mesure dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, qui s'attachera à fluidifier cette opération. Dorénavant, le renouvellement sera bien automatique. L'intervention sera à réaliser si le bénéficiaire ne souhaite plus y avoir recours.

Les demandes concernant les soins non pris en charge sont légitimes, mais il est difficile pour la complémentaire santé solidaire d'entrer dans ces champs. Néanmoins, il reste la possibilité de recourir à l'action sociale des CPAM, qui peut prendre en charge les soins qu'un individu ne peut pas assumer.

Alice BLANCHON (DSS): Par ailleurs, le laboratoire d'analyses devrait conserver l'attestation de complémentaire santé solidaire, sans la demander à nouveau tous les six mois. Nous nous renseignerons à ce sujet.

Marcel ANDRÉ (Collège des personnes concernées) : Le simulateur de complémentaire santé solidaire prend-il en compte les APL ? Je suis assuré à 100 % à la Banque Postale pour 60 euros par mois. Je ne souhaite pas réitérer toutes les démarches administratives pour accéder à la complémentaire santé solidaire, même si j'y suis éligible. Cette procédure est lourde.

Lucile DELAUNOIS (DSS) : Nous comprenons que la procédure pour renouveler son droit puisse s'avérer laborieuse. Toutefois, s'il s'agit des mêmes garanties pour la moitié du prix, en l'occurrence 30 euros pour la complémentaire santé solidaire contre 60 euros à la Banque Postale, cela peut valoir le coup.

Alice BLANCHON (DSS) : Les APL sont bien prises en comptes dans le simulateur, mais pas dans leur intégralité. Un forfait mensuel s'appliquera ; 65 euros environ seront ajoutés aux ressources, puis des abattements pourront être effectués. Nous vous invitons à formuler votre demande afin de connaître exactement votre éligibilité.

Par ailleurs, nous travaillons actuellement à un allègement des démarches administratives pour accéder à la complémentaire santé solidaire, notamment *via* le dispositif de ressources mensualisées, mentionné dans le rapport, qui vise à ce que les caisses s'échangent entre elles de nombreuses informations, afin d'amoinrir la documentation à fournir.

Lucienne SOULIER (Collège des personnes concernées) : Je suis à la retraite depuis neuf ans. Je perçois l'ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées) en complément de ma retraite, ainsi que les APL. Ainsi, j'obtiens environ 1000 euros par mois. Je dépasse donc le seuil de quelques euros, ce qui m'empêche de demander à recourir à la complémentaire santé solidaire, par peur que mon dossier ne soit pas approuvé. En effet, la CMU m'avait déjà été refusée pour un dépassement du seuil de cet ordre. Cela est humiliant.

En outre, les séances de kinésithérapie sont-elles prises en charge par ce dispositif ?

Alice BLANCHON (DSS): Nous comprenons ces retours. Toutefois, bien que vous touchiez l'ASPA et les APL, il est possible que vous soyez éligible à la complémentaire santé solidaire, je vous invite donc à faire votre demande. Nous mettrons prochainement en place une mesure visant à faciliter l'attribution de ce dispositif aux personnes bénéficiaires de l'ASPA. De plus, certaines CPAM prévoient des actions sanitaires et sociales pouvant limiter ces effets de seuil, et ainsi permettre l'accès à la complémentaire santé solidaire à des personnes dépassant légèrement le plafond. Quoi qu'il en soit, le ministère a conscience des enjeux qui peuvent constituer des obstacles à l'accès de la complémentaire santé solidaire, et y travaille.

Lucile DELAUNOIS (DSS): Pour rappel, en 2021 a eu lieu une revalorisation exceptionnelle de l'ASPA, pouvant conduire à rendre inéligibles à la complémentaire santé solidaire certains de ses

allocataires. Pour pallier cette situation, des abattements sur des montants de ces allocations ont été introduits, afin favoriser l'éligibilité à ce dispositif.

Par ailleurs, il est obligatoire de passer en premier lieu par son médecin traitant avant la prise en charge intégrale de séances de kinésithérapie par la complémentaire santé solidaire.

Hugo SI HASSEN (Fédération des acteurs de la solidarité) : Merci pour votre présentation. Une étude en partenariat avec le défenseur des droits concernant le refus de soins est en cours de déploiement. Envisagez-vous de donner suite à celle-ci ? Dans ce cadre, la FAS travaille à rendre le système de santé réellement universel, en tentant notamment d'endiguer ces phénomènes. Elle anime un observatoire santé sur les refus de soins. Le premier facteur de discrimination et/ou de refus de soin est la nature même de la protection maladie, à savoir la CSS ou l'AME. Bien que des politiques publiques positives en la matière aient été récemment adoptées, les personnes en situation de précarité restent fortement discriminées dans l'accès aux soins, et sont les moins bien couvertes. Il s'agit d'un enjeu majeur, qui doit être pris en compte aussi bien nationalement que territorialement.

En outre, les missions d'accompagnement de santé ont été évoquées. Existe-t-il des rapports d'activité de ces dernières ?

Stéphanie GILARDIN (DSS) : Il est primordial de multiplier les études sur le refus de soin, afin de disposer d'éléments actualisés et récurrents sur le sujet, pour mieux combattre ce phénomène. Le prochain rapport contiendra probablement des éléments recueillis suite à la tenue de ces études. Nous tentons d'inciter davantage les professionnels et de les punir lorsque nécessaire.

Concernant les missions des CPAM visant à rapprocher les personnes du soin ou du professionnel, les différents points de contact peuvent être assez informels. En effet, l'identification des besoins peut être effectuée à l'accueil de la CPAM.

Jean-Marie BLANCHOZ (CNAM) : Ces missions accompagnement santé sont présentes dans chaque caisse du territoire métropolitain et commencent d'être déployées en outre-mer. Elles ont pour objectif de répondre aux besoins d'accès aux droits et aux soins des individus. Chaque personne prise en charge sera personnellement accompagnée par un conseiller de santé par téléphone ou en présentiel. Ces missions fonctionnent par détection ; la personne en proie à un problème de renoncement aux soins est ainsi détectée par la caisse. Aucun rapport d'activité n'est publié. Nous tentons de monter une évaluation médico-économique pour connaître l'impact sur les personnes en situation de renoncement aux soins, et savoir si ce phénomène a été combattu de manière pérenne. Les résultats de cette évaluation sont attendus d'ici un an.

Bernard MORIAU (personne qualifiée) : Dans le cadre de ces missions d'accompagnement, les assistantes sociales ont disparu, alors qu'elles étaient très proches des populations. C'est un problème, car la numérisation ne peut pas tout résoudre. Avec les dépassements d'honoraires, les tarifs de soins deviennent de plus en plus élevés. De plus, certains professionnels ne prennent plus la carte vitale sur internet, ce qui met de nombreux bénéficiaires en difficulté. Il faut être vigilants quant aux événements du terrain.

Hugo SI HASSEN (Fédération des acteurs de la solidarité) : Il y a par ailleurs de réelles difficultés d'accès en CPAM.

Marion TANNIOU (France Urbaine) : Une analyse des modalités de parcours et d'accompagnement local pour faciliter l'accès à la couverture dans ces rapports serait particulièrement utile.

Marine de Montaignac (France Stratégie) : je souhaitais partager deux remarques. D'une part, le comité d'évaluation de la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, dont je suis rapporteure, a formulé dans son dernier rapport le besoin d'évaluer la mise en œuvre de la complémentaire santé solidaire, en soulignant la nécessité de disposer de données pour renseigner les principaux indicateurs, par exemple le taux de recours à la complémentaire santé solidaire selon le niveau de revenu et le taux de renoncement aux soins. Il conviendrait également de connaître les effets de la mise en œuvre de complémentaire santé solidaire sur ses taux de recours, et de réaliser un classement de l'état de santé des bénéficiaires par niveau de revenu. D'autre part, il a été fait

mention de l'établissement d'un rapport d'évaluation tous les 4 ans. Ce délai paraît long. Des éléments d'évaluation précis sont nécessaires dès à présent et de manière plus régulière.

Alice BLANCHON (DSS): En effet, nous devons suivre et évaluer régulièrement la politique mise en œuvre. Pour rappel, nous évoluons dans un contexte de reprise des missions du fonds de la complémentaire santé solidaire. Ce dispositif est récent, et nous n'avons pas encore pu prendre suffisamment de recul à son sujet.

Stéphanie GILARDIN (DSS): La loi nous impose d'établir un rapport tous les 4 ans. Toutefois, ce délai ne nous empêchera pas de suivre le déploiement de ce dispositif de près. C'est également l'un des objectifs de Franck VON LENNEP, Directeur de la DSS. Pour se faire, des points intermédiaires informels peuvent être organisés plus régulièrement. Si vous percevez des dysfonctionnements, n'hésitez pas à utiliser les points de contact pour faire évoluer ce dispositif au fil de l'eau.

Sylvie FOUCHE (Collège des personnes concernées) : Je suis satisfaite de la mission d'accompagnement santé. Cependant, je crains que la complémentaire santé solidaire rende les professionnels plus réticents à dispenser les soins adéquats, car ils savent qu'ils ne pourront pas faire du dépassement d'honoraires. Par ailleurs, ce dispositif prend-il en charge le sevrage tabagique ?

Alice BLANCHON (DSS) : Les traitements nicotiques de substitution sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Ces prescriptions ont été réduites à un mois dans le cadre de la crise sanitaire.

Sandra BERNARD (DREES) : Nous essaierons d'améliorer la méthode d'évaluation du recours. Notre base d'analyse s'arrête à fin 2019, en raison de la spécificité de l'année 2020.

Bernard MORIAU (personne qualifiée) : Il serait préférable que nous obtenions les rapports une semaine avant la tenue de la réunion, afin de préparer nos questions et de comparer les rapports entre eux.

Stéphanie GILARDIN (DSS): Nous avons conscience de vous avoir mis en difficulté sur ce point. Les circonstances n'étaient pas favorables. Nous nous attacherons à anticiper davantage les réunions à l'avenir.

Delphine AUBERT (secrétaire générale CNLE) : Merci pour ces échanges, et merci à la DSS pour ses éclaircissements aux questions formulées par les participants au conseil ainsi que pour sa présentation très pédagogique. Il convient à présent de définir des volontaires désireux de travailler à la rédaction de l'avis du CNLE sur ce rapport, au côté du secrétariat général. Une réunion de consultation des membres du cinquième collège peut être organisée le mardi 23 septembre. Le rendu d'avis pourra donc avoir lieu en réunion plénière le 10 décembre 2021.