

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

21 novembre 2013

PLFSS 2014 - (N° 1552)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

**AMENDEMENT**

N° 168

présenté par

M. Roumegas, Mme Massonneau, M. Cavard, Mme Abeille, M. Alauzet, Mme Allain,  
Mme Attard, Mme Auroi, M. Baupin, Mme Bonneton, M. Coronado, M. de Rigny, M. François-  
Michel Lambert, M. Mamère, M. Molac, Mme Pompili et Mme Sas

-----

**ARTICLE 45**

Rédiger ainsi cet article :

« Après la deuxième phrase de l'article L. 863-7 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Si une telle convention n'a pas été conclue dans les six mois à compter de la date de promulgation de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2014, les modalités de cette labellisation sont définies par décret. ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

La population cible de l'ACS est estimée en France métropolitaine entre 2,6 et 3,7 millions de personnes, et le taux de non recours à cette aide est compris, selon la dernière estimation de la DREES, entre 62 % et 73 % en référence au nombre d'attestations délivrées.

Outre son déficit cruel de notoriété, cette aide souffre en effet - comme l'a démontré le rapport « L'accès aux soins des plus démunis – 40 propositions pour un choc de solidarité » remis par l'auteur de cet amendement au Premier ministre en septembre dernier -, d'une grande hétérogénéité de sa cible, ce qui complique l'information à son sujet.

Seconde particularité qui pèse sur le taux de recours à l'ACS : la complémentaire santé ne joue qu'un rôle faiblement protecteur, compte tenu d'un double reste à charge, sur le prix des contrats tout d'abord, sur les prestations elles-mêmes ensuite suivant la qualité du contrat.

---

Sur le premier point, les données retraitées par le Fonds CMU montrent que le prix moyen des contrats ACS s'est établi en 2011 à 841 euros, ou 510 euros par personne (les contrats couvent en moyenne 1,65 bénéficiaire), pour une aide moyenne de 448 euros par contrat et 273 euros par personne, soit un taux de reste à charge moyen de 44 %. S'agissant de la qualité des contrats, les données collectées par le Fonds CMU montrent que les niveaux de garantie des contrats ACS sont nettement moins élevés que les autres contrats individuels dans leur ensemble (majorité de contrats de classe C et D suivant la classification de la DREES) et que cette tendance va s'amplifiant.

Pour toutes ces raisons, le gouvernement a souhaité réfléchir à un encadrement plus strict des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels auxquels les bénéficiaires de l'ACS pourraient souscrire.

L'auteure de cet amendement estime toutefois que l'option choisie est imparfaite, car elle risque de favoriser l'émergence d'un oligopole régulé sur le marché de la complémentaire santé, offre peu de visibilité aux parlementaires sur la qualité du panier de soin qui sera finalement retenue et enfin risque de créer un nouveau parcours du combattant pour les bénéficiaires qui, peu informés de la date de renouvellement tacite de leur contrat de complémentaire santé, perdraient le bénéfice de l'aide.

L'objet de cet amendement est donc de privilégier l'alternative de la labellisation, que le PLFSS pour 2012 avait d'ailleurs retenue (l'article L 863-7 du code de la sécurité sociale dispose depuis que « bénéficiant du label intitulé » Label ACS « les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'État, le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 (NB : le Fonds CMU) et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnée à l'article L. 182-3. Le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé ».

Toutefois, près de deux ans après le vote de cette loi, les travaux n'ont toujours pas abouti, la responsabilité du blocage en incombant semble-t-il à l'UNOCAM. Ce blocage, s'il est avéré, laisse songeur quant à la force des dispositions législatives et la situation ne peut rester en l'état. Le statu quo est d'autant plus choquant que les organismes complémentaires ne sont soumis à l'heure actuelle qu'à des contraintes très légères sur le niveau des garanties et la qualité des contrats, alors même que le dispositif ACS solvabilise une partie de leur clientèle.

Le dispositif prévu a donc semblé manquer de la force contraignante et la robustesse juridique que l'inscription dans la loi de financement de la sécurité sociale était supposée leur donner ; aussi la mise en œuvre de l'article 55 constitue-t-elle toujours une priorité : l'objectif reste d'améliorer la lisibilité et la crédibilité du dispositif ACS pour permettre, par l'augmentation du taux de recours, la diminution du renoncement aux soins des personnes se situant sous le seuil de pauvreté.

Ainsi cet amendement propose-t-il de donner encore 6 mois aux parties prenantes pour trouver un accord, faute de quoi le dispositif sera mis en œuvre par décret.