



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

affiliation

Question écrite n° 22239

Texte de la question

Mme Chantal Bourragué attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative sur l'attribution de la CMU aux bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS). Mise en place pour améliorer l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées, la couverture maladie universelle (CMU) de base permet d'affilier à l'assurance maladie toute personne, résidant en France de façon stable et régulière, qui n'est pas couverte au titre de son activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré. La CMU complémentaire offre une protection complémentaire gratuite en matière de santé aux personnes dont les revenus sont les plus faibles. Pour avoir droit à la CMU complémentaire, les ressources mensuelles de l'intéressé doivent être inférieures à un plafond fixé par décret, soit 606 euros par mois, ou 7 272 euros pour un an. La CMU est attribuée en fonction des revenus perçus durant les 12 mois précédents cette demande, excepté pour les bénéficiaires du RMI. Les bénéficiaires de l'ASS dans la tranche la plus basse perçoivent mensuellement la même somme que le RMI mais sont assujettis à une déclaration de revenus perçus sur les 12 mois précédents. Ainsi elle souhaite savoir pourquoi les bénéficiaires de l'ASS ne peuvent se voir attribuer la CMU en fonction des revenus immédiats au même titre que les RMIstes.

Texte de la réponse

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est attribuée sous condition de résidence régulière et stable en France et de ressources, avec un plafond de 7 521 euros par an pour une personne seule. Elle s'adresse donc autant aux personnes ayant un emploi qu'aux personnes qui en sont dépourvues. Les ressources prises en compte sont celles de l'ensemble du foyer : le demandeur, son conjoint - concubin ou partenaire lié par un PACS -, ses enfants âgés de moins de vingt-cinq ans lorsque ceux-ci sont rattachés fiscalement à leurs parents ou quand ils perçoivent de ceux-ci une pension fiscalement déductible, ou encore lorsqu'ils vivent sous leur toit. Cette règle prend donc en compte à la fois la solidarité familiale entre les parents et les enfants, y compris après leur majorité civile, et le degré d'autonomie des enfants majeurs. Le rattachement au foyer des parents a pour contrepartie l'augmentation du plafond de ressources, chaque personne supplémentaire incluse dans le foyer donne lieu à majoration : 50 % au titre de la deuxième personne, 30 % au titre de la troisième et de la quatrième personne, et ensuite 40 % par personne supplémentaire. Le mécanisme retenu est donc équilibré et prend en compte à la fois les ressources réelles dont dispose le foyer et la nécessité d'adapter le seuil de ressources en fonction de la taille du foyer. Le mode de calcul pour l'examen des ressources du foyer s'établit sur la période des douze mois qui précèdent la date de la demande de la CMU-C ; une telle période de référence permet d'appréhender la totalité des ressources perçues, en atténuant toutefois les effets éventuels d'une hausse temporaire des revenus du foyer si elles s'avéraient plus importantes en moyenne annuelle que celles qui sont prévues par le plafond. Par ailleurs, en prenant en compte les ressources des douze derniers mois, le droit est attribué pour une durée d'un an. En d'autres termes, le bénéfice de la CMU-C n'est pas supprimé brutalement quand les revenus d'un des membres du foyer augmentent. Ce mécanisme a donc pour conséquence que le foyer dont l'un des membres trouve un emploi après que le bénéfice de la CMU-C a été accordé ne voit pas ses droits remis en cause. Toutefois, afin d'éviter les effets de

seuil pour les personnes dont les ressources seraient supérieures au plafond de la CMU-C, un dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS), a été institué. Cette aide permet aux foyers dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 20 % - soit 9 025 euros pour une personne seule en métropole au 1er juillet 2009 - de bénéficier d'une aide individuelle dont le montant varie selon l'âge de ses membres et la taille de la famille. Il permet de réduire en moyenne de moitié la cotisation annuelle payée à un organisme complémentaire. L'amélioration de l'information entreprise depuis le début 2008 en direction des bénéficiaires potentiels du dispositif commence en outre à porter ses fruits. Ainsi, le nombre de personnes utilisant effectivement leur chèque santé progresse de plus de 30 % par an. Il s'élève aujourd'hui à 490 000, soit plus de 20 % de la cible potentielle de l'ACS. Et le pourcentage de personnes dépourvues d'une complémentaire santé a diminué de 2007 à 2008, passant de 8 à 7 %. Enfin, la loi n 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a renforcé ces efforts en augmentant le montant de l'aide pour les personnes de plus de cinquante ans, ce qui doit le porter à 350 euros (au lieu de 200 euros actuellement) pour les personnes de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 euros (au lieu de 400 euros actuellement) pour les personnes de soixante ans et plus.

Données clés

Auteur : [Mme Chantal Bourragué](#)

Circonscription : Gironde (1^{re} circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 22239

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 6 mai 2008, page 3758

Réponse publiée le : 12 janvier 2010, page 358