

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

Selon l'article L. 863-5 du code de la Sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt », dénomination initiale du dispositif d'Aide complémentaire santé (ACS). A cette fin d'évaluation, le Fonds CMU a mis en place une enquête pilote, épaulée par un comité de pilotage composé d'organismes complémentaires et de représentants de leurs fédérations, de représentants de la DREES et de l'IRDES. Dans ce cadre, l'IRDES a construit une nouvelle grille de classification des contrats d'assurance maladie complémentaire puis a procédé à une analyse du prix des contrats en fonction des classes de garanties mises en évidence.

Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS

Carine Franc, Marc Perronnin

Cette étude propose une évaluation du dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire en santé appelé Aide complémentaire santé (ACS), depuis sa mise en place en janvier 2005. L'objectif de cette aide financière est de faciliter l'accès à une couverture complémentaire pour les personnes ayant un revenu juste au-dessus du plafond permettant de bénéficier de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

Malgré une montée en charge régulière, le dispositif ne concernait un an après qu'un peu plus de 200 000 personnes. Résultat bien en deçà des 2 millions de personnes visées par la mesure et annoncé par le gouvernement lors de sa mise en œuvre. L'analyse du contenu et du prix des contrats d'assurance maladie complémentaire montre que la participation financière des ménages souscripteurs reste après bénéfice de l'ACS relativement importante au regard de leurs revenus. En effet, le dispositif laisse à la charge des bénéficiaires près de 60% du prix du contrat, c'est-à-dire 389 € en moyenne par an, représentant environ 4,5% de leur revenu annuel. Ce reste à charge demeure plus élevé que celui supporté en moyenne par les autres assurés et ce, malgré un choix de contrats moins chers et proposant en conséquence des niveaux de remboursement moyens, voire faibles pour les soins mal remboursés comme l'optique et le dentaire.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
10, rue Vauvenargues 75018 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/17
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@irdes.fr
Web : www.irdes.fr

Directrice de la publication :
Chantal Cases

Rédactrice en chef technique :
Nathalie Meunier

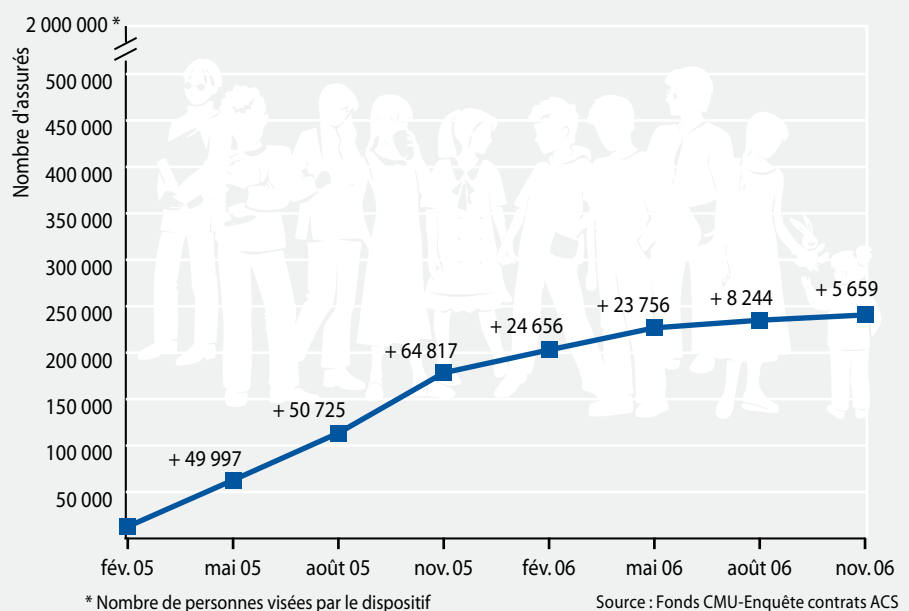
Relecteurs :
Anna Marek, Julien Mousquès, Thierry Rochereau

Correctrice :
Martine Broïdo

Maquettiste :
Nicole Guervin

ISSN : 1283-4769
Diffusion par abonnement : 60 euros par an
Prix du numéro : 6 euros
En ligne sur www.irdes.fr
10 à 15 numéros par an

Évolution du nombre d'assurés bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire en santé



Le premier rapport d'évaluation de la loi sur la Couverture maladie universelle¹ de 2001 soulignait l'impact négatif « d'un plafond de ressources jugé insuffisant par certains, au regard notamment de divers minima sociaux, comme les allocations de base du minimum vieillesse/invalidité et l'Allocation pour adulte handicapé ; un « effet de seuil » qui agit comme un couperet ». Ces incidences négatives des effets de seuil sur l'accès effectif aux soins ont justifié la création d'un dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire d'assurance maladie dès août 2002². Celui-ci n'a été réellement mis en place que depuis son inscription dans la loi de réforme d'assurance maladie d'août 2004. Anciennement appelé « crédit d'impôt », le dispositif est désormais intitulé Aide complémentaire santé (ACS) et figure dans l'article 56 de la loi.

L'évaluation du dispositif, prévue par la loi, consiste à étudier sa montée en charge et à analyser les caractéristiques (prix et garanties) des contrats d'assurance ouvrant droit à l'ACS en les comparant à l'ensemble des contrats d'assurance maladie complémentaire. L'objectif à terme consiste à détecter les transformations de l'offre que ce dispositif pourrait générer. En effet, ce financement partiel du prix de l'assurance pourrait, par exemple, amener les assureurs à augmenter leurs tarifs.

Pour cette première évaluation, le fonds CMU a mis en place une enquête pilote auprès d'un échantillon volontaire d'organismes complémentaires pour une comparaison des niveaux moyens de garanties et des prix des contrats souscrits par les bénéficiaires du dispositif et par les autres assurés. Cette comparaison a été réalisée à partir de la construction

1 <http://www.social.gouv.fr/htm/actu/cmu/sommaire.htm>

2 Circulaire CNAMTS de 2002 : l'aide, financée sur les fonds d'action sociale des caisses, correspondait à un financement partiel et forfaitaire de la prime d'assurance complémentaire sous la forme d'un bon d'achat. Les individus éligibles sont alors caractérisés par des ressources par foyer n'excédant pas plus de 10 % du plafond d'attribution de la CMU complémentaire. Le contrat minimal éligible devait répondre à un cahier des charges basé sur le même panier de soins que celui de la CMU complémentaire (pas de période probatoire, ni limite d'âge, ni questionnaire médical). Ce dispositif n'a que très peu été relayé : seulement 7 431 personnes en ont bénéficié.

L'Aide complémentaire santé (ACS) en pratique

Modalités pratiques

Par la mise en place de l'ACS, la loi sur la réforme de l'Assurance maladie adoptée en août 2004 facilite le paiement d'une complémentaire santé. Mis en place en janvier 2005, ce dispositif concerne à cette date tous les ménages résidant de façon stable et régulière en France dont les revenus sont supérieurs de 15 % maximum au plafond de ressources donnant droit à la CMU complémentaire (20 % maximum depuis le 1^{er} janvier 2007). Par exemple, au 1^{er} janvier 2005, une personne seule dont le revenu mensuel est compris entre 587 € et 675 € peut prétendre à l'ACS. Les personnes éligibles obtiennent, sur demande, une attestation auprès de leur Caisse primaire d'assurance maladie et choisissent leur organisme complémentaire. Sur présentation de l'attestation, cet organisme réduit le montant de la prime à hauteur de l'aide accordée par la CPAM. Cette réduction dépend de la taille de la famille et de l'âge de chacun des bénéficiaires, 75 € pour chaque bénéficiaire de moins de 25 ans, 150 € entre 26 et 59 ans et 250 € pour les bénéficiaires

de plus de 60 ans. En janvier 2006, les forfaits ont été revalorisés à 100 € pour un jeune de moins de 25 ans et à 400 € pour une personne de plus de 60 ans. En janvier 2007, le plafond de ressources a été élargi passant de 15 % maximum au-dessus du plafond d'éligibilité de la CMUC à 20 %. Les résultats de la présente analyse sont basés sur les critères valables pour l'année 2005.

La notion de crédit d'impôt

La terminologie de « crédit d'impôt » trouvait son sens dans son mécanisme de financement en se référant au transfert entre l'organisme complémentaire d'assurance maladie fournisseur du contrat et le Fonds de financement de la Couverture maladie universelle : l'organisme soustrait le montant total de l'aide, à la contribution qu'il verse au Fonds CMU au titre de la CMU complémentaire. En effet, les organismes complémentaires sont redevables d'une contribution annuelle sur leur activité réalisée en France à hauteur de 2,5 % (depuis 2006) de leur chiffre d'affaires santé.

d'une classification des contrats selon leurs niveaux de garanties, réalisée par l'IRDES (cf. encadré p. 4).

Deux millions de personnes visées par le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

La mise en place de l'ACS est motivée par le fait qu'une proportion significative d'individus demeure sans couverture complémentaire (7 % de la population d'après l'enquête santé et protection sociale - ESPS 2004) ou dispose d'une couverture à faibles garanties. Pour ces individus souvent issus de catégories à faibles revenus (Allonier *et al.*, 2004), l'accès aux soins n'est pas garanti par l'assurance maladie obligatoire. Ainsi, cette aide « vise à faire disparaître les obstacles qui subsistent et les difficultés que rencontrent de nombreuses personnes dans l'accès aux soins et à la prévention »³.

Lors de sa mise en place début 2005, l'ACS visait 2 millions de personnes⁴.

3 Cf. sur le site de l'Assurance maladie, les objectifs de l'aide <http://www.ameli.fr>

4 Ce chiffre a été réévalué fin 2005 à 1,7 million par le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie

Cette population éligible est définie sur critères de résidence et de revenu. Elle rassemble à cette date tous les ménages en situation stable et régulière dont les revenus sont supérieurs de 15 % maximum au plafond de ressources donnant droit à la CMU complémentaire⁵ (cf. encadré ci-dessus). Parmi eux, certains disposent déjà d'un contrat d'assurance complémentaire individuel, 8 personnes sur 10, selon l'enquête ESPS 2004. Pour ces personnes, il est prévu, *a posteriori*, un remboursement égal au maximum à l'équivalent de l'ACS. L'aide financière liée à l'âge et à la composition du foyer, directement versée à l'organisme complémentaire, ne dépend ni du prix du contrat, ni donc de son contenu. Ainsi, tout contrat individuel responsable⁶ peut

5 La CMUC est une couverture complémentaire gratuite qui s'adresse aux personnes vivant de façon stable et régulière en France dont les revenus sont inférieurs à un montant dépendant de la taille du ménage. En 2005, ce revenu était pour une personne seule de 587 € ; il a été porté à 598 € en 2006.

6 Pour qu'un contrat soit responsable, il doit exclure des remboursements la participation forfaitaire, le ticket modérateur non remboursable (1 €) et les sommes laissées à la charge du patient par l'Assurance maladie pour les soins non inscrits au dossier médical ou réalisés sans passage par le médecin traitant. Il doit en revanche rembourser au moins partiellement les prestations liées à la prévention et les consultations et prescriptions du médecin traitant.

ouvrir droit à l'ACS. En revanche, les contrats collectifs bénéficiant d'une participation de l'employeur n'entrent pas dans le cadre de l'ACS.

Un an après, seule 10% de la population-cible bénéficie du dispositif

Au 28 février 2006, après plus d'un an d'existence, le dispositif ne bénéficie qu'à environ 10% de la population-cible, soit 203 000 personnes. Le graphique de première page présente l'évolution du nombre de bénéficiaires sur la période comprise entre les mois de février 2005 et novembre 2006. Il indique une montée en charge régulière mais relativement lente du dispositif ACS.

La répartition des bénéficiaires de l'ACS au sein des différents types d'organismes complémentaires est très proche de celle des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Au 30 novembre 2005, 76,1% sont assurés auprès de mutuelles, 20,4% de sociétés d'assurance et 3,5% d'institutions de prévoyance. Par contre, en termes de structure d'âge, la population des bénéficiaires de l'ACS est significativement plus âgée : elle est en effet nettement plus constituée de personnes âgées de 60 ans et plus (14% contre 4% dans la population des bénéficiaires de la CMU complémentaire) et de moins de jeunes (41% de 16-24 ans contre 56%).

Les bénéficiaires du dispositif ACS choisissent plutôt des contrats offrant des garanties faibles à moyennes

Pour bâtir une classification des contrats selon les niveaux de garanties, l'étude s'appuie sur un échantillon de formules les plus souscrites dans 13 organismes complémentaires (cf. encadré méthode p. 4). Cette sélection au sein des portefeuilles de contrats des assureurs ne permet pas de donner une image de la diversité de l'offre sur le marché de la complémentaire santé. En revanche, elle permet d'illustrer le choix des assurés en présentant leur répartition au sein des différentes classes définies.

Six classes de contrats ont pu être définies selon une certaine logique proportionnelle : les garanties proposées sont globalement croissantes avec le niveau de la classe.

Dans cette typologie en six classes, les contrats ouvrant droit à l'ACS sont essentiellement des contrats proposant des garanties moyennes voire faibles pour les soins dentaires et l'optique (pour en savoir plus sur les garanties proposées par les 6 classes, cf. encadré méthode). Ainsi, 82,4% des contrats ACS appartiennent aux classes 2 et 3 alors que ces deux classes ne regroupent que 64,3% des contrats souscrits par les autres assurés.

À titre de référence, le contrat de sortie de CMU⁷, proposé pour un an à tout ancien bénéficiaire de la CMUC dont le dossier était géré par un organisme complémentaire, appartient à la classe 4. Cette catégorie de contrat donne une indication sur les niveaux de garanties que les pouvoirs publics jugent nécessaires pour assurer un accès convenable aux soins. Une nette majorité des contrats ouvrant droit à l'ACS proposent donc des niveaux de remboursements globalement plus faibles.

Malgré l'aide, la part supportée par les bénéficiaires du dispositif reste élevée

À partir des données disponibles, le prix moyen des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS est évalué à 632 €. La déduction, dont le montant est ajusté à la taille des ménages concernés et à l'âge de chaque bénéficiaire, est en moyenne égale à 243 €. Ainsi, le reste à charge moyen sur le prix d'un contrat (389 €) représente 60% du prix total. Ce reste à charge (RAC), supporté par les ménages, est de l'ordre de 4,5% de leur revenu annuel (déterminé par les critères d'éligibilité au dispositif). À titre de comparaison, le montant moyen que les ménages

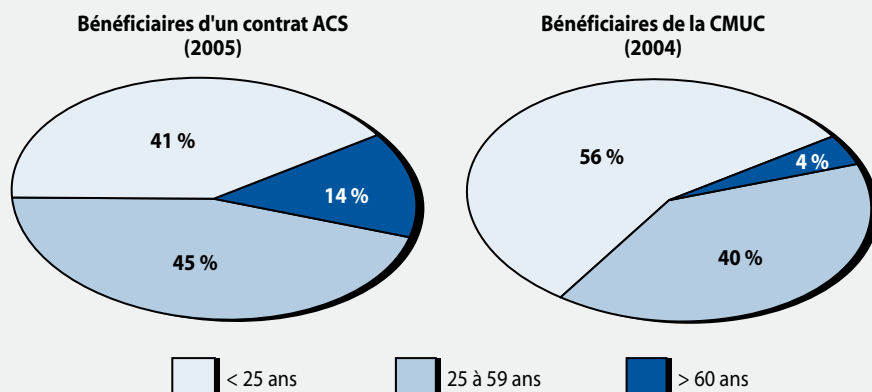
⁷ Ce contrat fournit les mêmes niveaux de remboursements que la CMUC à ceci près que les prestataires de soins ne sont pas obligés d'appliquer les tarifs opposables. Le prix de ce contrat ne dépend que du nombre de personnes couvertes, il était de 300 € en 2005 et de 340 € en 2007 pour une personne seule.

Répartition des contrats ACS par rapport aux autres contrats

Niveau de garantie	Contrats ACS (en %)	Autres contrats individuels les plus souscrits en 2005 (en %)
Classe 1	0,77%	0,52%
Classe 2	40,55%	25,19%
Classe 3	41,86%	39,13%
Classe 4	13,03%	18,94%
Classe 5	3,72%	16,04%
Classe 6	0,06%	0,18%
Total	100%	100%

Note : ce tableau a été élaboré à partir des 20 686 contrats individuels pour lesquels les niveaux de garanties étaient connus et ont permis le positionnement dans la classification.

Comparaison par tranche d'âge entre les bénéficiaires d'un contrat ACS et les bénéficiaires de la CMUC



Construction de la classification des contrats selon les niveaux de garanties à partir d'une enquête menée auprès d'organismes complémentaires

Pour cette première évaluation, le comité de pilotage réuni par le Fonds CMU a décidé de mener une enquête exploratoire en 2006 sur les données 2005.

Cette enquête pilote a concerné 13 organismes complémentaires volontaires, retenus pour la construction de la typologie générale sur les contrats : huit mutuelles, une institution de prévoyance et quatre sociétés d'assurance. Ces organismes représentent une part importante du marché de la complémentaire (18% du chiffre d'affaires total).

Les organismes enquêtés devaient transmettre :

- les relevés de garanties des 5 formules les plus souscrites par l'ensemble des assurés (ACS ou non) ou la description des différentes options dans le cas de contrats modulaires, c'est-à-dire les contrats pour lesquels le souscripteur peut choisir le niveau de garanties qui lui convient par catégorie de soins ;
- pour chacune des formules, la répartition des bénéficiaires de l'ACS d'une part et des autres assurés d'autre part ;
- pour chaque ménage bénéficiaire de l'ACS assuré par l'organisme, le contrat souscrit, le

prix du contrat appliqué au ménage, la déduction obtenue au titre du crédit d'impôt, le nombre de bénéficiaires du contrat et l'âge du souscripteur.

L'analyse a été réalisée en deux étapes :

1-Classification des contrats

Seules les formules pour lesquelles nous disposons à la fois du relevé de garanties et du poids relatif dans le portefeuille ont été intégrées. Les contrats modulaires offrant un plus large éventail de garanties possibles conduisant à un plus large étalement de la répartition des souscriptions, nous avons sélectionné les formules de manière à couvrir environ 80% des adhésions. Au total, 75 formules entrent dans la construction de la classification. Par ailleurs, 13 formules ont été positionnées dans les groupes de contrats mis en évidence car elles faisaient partie des formules souscrites de manière significative par les bénéficiaires de l'ACS (même si leur poids relatif était faible dans le portefeuille de l'organisme).

Pour établir la classification, nous avons retenu un certain nombre de garanties jugées significatives par le groupe de pilotage de l'étude pour refléter le

niveau de couverture offert par le contrat :

- remboursement des honoraires à l'hôpital (médecine, chirurgie) ;
- remboursement des consultations en ville ;
- remboursement des médicaments à vignette blanche ;
- garantie optique complexe (verres blancs multifocaux ou progressifs, quelle que soit la puissance du cylindre dans la sphère [-8, + 8] ;
- garantie dentaire (prothèse dentaire céramo-métallique).

Nous avons classé les 75 contrats exploitables selon les niveaux de garanties présentés ci-dessus, de manière à faire ressortir les grandes logiques dans les agencements de garanties. Pour étudier ces agencements, nous avons réalisé une classification ascendante hiérarchique avec consolidation des contrats selon les cinq garanties présentées précédemment. Les résultats de la classification sont présentés dans le tableau ci-dessous.

2-Analyse du montant des cotisations avant et après déduction de l'ACS

Dans un deuxième temps, le prix des contrats faisant l'objet d'une aide a été analysé, avant

et après la déduction, en fonction, entre autres :

- du nombre de bénéficiaires du contrat ;
- de l'âge du souscripteur ;
- des garanties proposées (synthétisées sous forme d'une des six classes de garanties).

Les organismes complémentaires participant à l'enquête ont transmis des données exploitables sur 25 084 contrats couvrant 44 921 individus. Compte tenu du nombre total de bénéficiaires à la date de l'enquête (203 000 bénéficiaires), notre échantillon représente près de 22% de l'ensemble.

Les prix moyens des contrats, avant et après déduction, ont été calculés selon le nombre de bénéficiaires, par classes d'âge et niveaux de garanties ; puis les variations des prix des contrats ont été analysées par régression linéaire en fonction des mêmes variables.

Cette analyse a permis de déterminer l'influence propre de chaque facteur explicatif. Elle a de plus mis en évidence que le facteur le plus explicatif de la variabilité des contrats est le nombre de bénéficiaires, puis l'âge et le niveau de garantie.

Résultat de la classification : caractéristiques des 6 classes de contrats

Classe de contrats	Honoraires hospitaliers	Honoraires ambulatoires	Pharmacie vignette blanche	Lunettes à verres progressifs	Prothèses dentaires fixes (en % du tarif conventionnel)
Classe 1	100 %	Infra TM	Infra TM	≤ TM	≤ TM
Classe 2	100 %	100 %	100 %	≤ TM ou de TM à 100 €	≤ TM
Classe 3	de 100 à 150 %	100 %	100 %	de 100 € à 150 €	de TM à 150 %
Classe 4	> 150 %	de 100 % à 150 %	100 %	de 150 € à 230 €	de 150 % à 225 %
Classe 5	de 100 % à 150 % ou > 150 %	de 100 % à 150 %	100 %	de 150 € à 230 € ou > 230 €	> 225 %
Classe 6	> 150 %	> 150 %	100 %	> 230 €	de 150 % à 225 % ou plus de 225 %

Note : Les remboursements sont exprimés sous forme de pourcentage du tarif de convention et, pour l'optique, en euros. Les remboursements des honoraires hospitaliers, des honoraires ambulatoires et de la pharmacie à vignette blanche incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements des lunettes à verres progressifs et des prothèses dentaires fixes sont versés en plus du remboursement de la Sécurité sociale.

Guide de lecture : pour la classe 3, les contrats appartenant à cette classe remboursent : entre 100% et 150% du tarif conventionnel (TC) (remboursement Sécurité sociale compris) pour les honoraires hospitaliers, le ticket modérateur (TM) pour les honoraires ambulatoires, de 100 € à 150 € en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour les soins optiques de référence et une somme comprise entre le ticket modérateur et 150% du TC pour les soins dentaires de référence.

non bénéficiaires de l'aide consacrent à la complémentaire santé est de 950 € (ESPS, 2004); cette somme, intégralement à la charge du ménage, représente 3,5 % du revenu moyen annuel (27 500 €).

La part du prix du contrat supportée par le ménage diminue avec le nombre de bénéficiaires du contrat

En moyenne, les contrats ouvrant droit à l'ACS couvrent 1,8 personne; 69 % de ces contrats couvrent une seule personne, 10 % deux personnes et 21 % trois personnes ou plus.

Le nombre de personnes couvertes est un facteur explicatif important de la dispersion du prix des contrats. En effet, le prix du contrat augmente de façon dégressive avec le nombre de personnes couvertes, passant en moyenne de 513 € pour une personne couverte à 719 € pour deux personnes (soit + 56 %), à 837 € pour

trois personnes (soit + 31 %) et s'élevant jusqu'à 1 264 € lorsque le nombre de personnes couvertes est supérieur ou égal à 7. Au-delà du sixième bénéficiaire, l'augmentation du prix du contrat est modique, se stabilisant autour de 2 %.

Parallèlement, la déduction totale appliquée au contrat augmente mécaniquement avec le nombre de bénéficiaires en fonction des âges respectifs des membres du ménage. Ainsi, au-delà de cinq bénéficiaires, le coût de toute personne supplémentaire est largement compensé par la déduction supplémentaire qui lui correspond; la valeur du prix du contrat restant à la charge de l'assuré diminue alors. Cela ne concerne cependant que 12 % des assurés.

Au total, le bénéfice de l'ACS est d'autant plus fort que la taille du ménage est importante et profite donc davantage aux familles nombreuses.

Le reste à charge moyen augmente avec l'âge du souscripteur

Dans l'enquête, seul l'âge du souscripteur du contrat est renseigné. Ainsi, pour analyser précisément l'effet de l'âge sur le prix du contrat, l'étude est limitée aux contrats couvrant une seule personne, ceux-ci représentant près de 69 % des contrats ouvrant droit à l'ACS.

Les souscripteurs des contrats concernent en majorité des personnes de 50 ans et plus : 24 % ont entre 50 et 59 ans et 35 % sont âgés de 60 ans et plus. Les parts respectives de souscripteurs appartenant aux tranches d'âge 30-39 ans et 40-49 ans sont respectivement de 14 % et 17 %. Les jeunes de moins de 30 ans sont les moins représentés (10 %).

Le prix moyen du contrat augmente de façon régulière avec l'âge de l'assuré, passant de 288 € chez les 16-24 ans à 667 € pour les 60 ans et plus. Le reste à charge moyen sur le prix du contrat est compris entre 212 € pour les 16-24 ans et 420 € pour les plus de 60 ans. Si l'ACS bénéficie à toutes les classes d'âge, ce bénéfice est variable selon les âges. Exprimé en pourcentage du prix du contrat, le taux moyen de reste à charge (RAC) après déduction est maximal pour les 16-24 ans (70 %) et les 50-59 ans (67 %). Il est minimal pour les 25-29 ans (54 %). Pour les 60 ans et plus, ce reste à charge est de 59 %.

Cette évolution non linéaire de l'effet de la déduction traduit les effets de seuil induits par les trois tranches d'âge définies par le dispositif. Le reste à charge sur le prix du contrat, en moyenne plus faible chez les 25-29 ans que pour les 16-24 ans, s'explique par la hausse brusque de la déduction entre ces deux classes d'âge. Le reste à charge sur le prix du contrat augmente ensuite à un taux relativement constant (de + 22 % à + 29 % tous les 10 ans). Après 60 ans, le prix des contrats augmente fortement (+ 40 %). Si cette hausse est largement compensée par la déduction prévue par le dispositif pour cette classe d'âge, les plus âgés sup-

Prix et reste à charge sur le prix du contrat ACS selon le nombre de bénéficiaires

Nombre de bénéficiaires	Prix moyen du contrat (€)	Évolution du prix du contrat*	Restant à charge (RAC) moyen	Évolution du RAC moyen *	Taux moyen de RAC
1	513 €	-	334 €	-	62 %
2	719 €	56 %	447 €	51 %	59 %
3	837 €	31 %	511 €	32 %	58 %
4	968 €	16 %	556 €	8 %	54 %
5	1069 €	9 %	563 €	0 %	49 %
6	1144 €	2 %	555 €	-9 %	45 %
7 et plus	1264 €	2 %	530 €	-19 %	38 %

Source : Fonds CMU-Enquête contrats ACS

* Tous les contrats sont pris en compte grâce à une analyse « toutes choses égales par ailleurs », méthode statistique permettant de prendre en compte le nombre de bénéficiaires par contrat et l'âge du souscripteur.

Guide de lecture : les contrats couvrant 2 bénéficiaires coûtent en moyenne 719 € soit 56 % de plus qu'un contrat couvrant une personne. Après déduction de l'ACS, le prix restant à la charge de l'assuré est de 447 € ce qui représente 59 % du prix initial soit 51 % de plus que le reste à charge supporté par un seul assuré.

Prix et reste à charge sur le prix du contrat ACS selon l'âge du souscripteur

Âge du souscripteur	Prix moyen du contrat (€)	Évolution du prix du contrat*	Restant à charge (RAC) moyen	Évolution du RAC moyen *	Taux moyen de RAC
16-24 ans	288 €	-	212 €	-	+ 70 %
25-29 ans	346 €	+ 19 %	200 €	- 7 %	+ 54 %
30-39 ans	385 €	+ 11 %	235 €	+ 22 %	+ 58 %
40-49 ans	445 €	+ 14 %	295 €	+ 26 %	+ 64 %
50-59 ans	500 €	+ 18 %	350 €	+ 29 %	+ 67 %
60 et plus	667 €	+ 40 %	420 €	+ 28 %	+ 59 %

Source : Fonds CMU-Enquête contrats ACS

* Tous les contrats sont pris en compte grâce à une analyse « toutes choses égales par ailleurs », méthode statistique permettant de prendre en compte le nombre de bénéficiaires par contrat et l'âge du souscripteur.

Guide de lecture : les contrats couvrant une personne appartenant à la tranche d'âge 25-29 ans coûtent en moyenne 346 € soit 19 % de plus qu'un contrat couvrant une personne âgée de 16 à 24 ans. Après déduction de l'ACS, le prix restant à la charge de l'assuré est de 200 € ce qui représente 54 % du prix initial soit 7 % de moins que le reste à charge supporté par un assuré plus jeune (16-24 ans).

portent tout de même en moyenne 59 % du prix de leur contrat⁸.

Le reste à charge varie de façon irrégulière selon les niveaux de garanties des contrats

Les prix des contrats augmentent avec les niveaux de garanties offertes, les prix moyens des contrats couvrant une seule personne s'échelonnent de 392 € pour les contrats de la classe 1 à 862 € pour les contrats de la classe 6. (voir encadré). L'augmentation des prix n'est toutefois pas uniforme (voir tableau) et ne peut être directement interprétée. En effet, il existe une variabilité plus ou moins importante des garanties entre les classes et le passage d'une classe à celle qui lui est supérieure peut représenter aussi bien un faible qu'un fort écart en termes de garanties. On constate par ailleurs une diminution du prix moyen des contrats entre la classe 3 et la classe 4 qui peut s'expliquer par la composition particulière de la classe 4 : celle-ci regroupe à la fois les contrats de sortie de CMU, dont le prix est défini de façon réglementaire, et les contrats souscrits par des personnes bénéficiant du Régime de base Alsace-Moselle⁹.

Les prix après déduction suivent la même tendance. Le montant moyen restant à la charge des assurés s'échelonne de 156 € soit 33 % du prix, lorsque le contrat souscrit appartient à la classe 1 à 621 €, soit 72 % du prix, lorsque le contrat souscrit appartient à la classe 6. Les variations sont plus importantes que celles observées sur l'évolution du prix brut. Cela peut s'expliquer par le fait que le montant de la déduction est indépendant du niveau de garanties offert par le contrat.

L'Aide complémentaire santé (ACS) est indépendante de la classe du contrat choisi. À âge et nombre de bénéficiaires donnés, la déduction est identique quel que soit le niveau des garanties offertes.

⁸ Rappelons que l'analyse est réalisée sur la base des forfaits de l'ACS en vigueur en 2005, avant la revalorisation intervenue en 2006.

⁹ Les tickets modérateurs laissés aux bénéficiaires du Régime Alsace-Moselle étant plus faibles que pour les autres Régimes, les dépenses que doivent alors rembourser les organismes complémentaires sont elles-mêmes plus faibles.

Prix et reste à charge sur le prix du contrat ACS selon les niveaux de garanties

Classe	Prix moyen du contrat (€)	Évolution du prix du contrat*	Restant à charge (RAC) moyen	Évolution du RAC moyen *	Taux moyen de RAC
1	392 €	-	156 €	-	+ 33 %
2	470 €	+ 58 %	287 €	+ 125 %	+ 59 %
3	542 €	+ 25 %	367 €	+ 45 %	+ 66 %
4	486 €	- 2 %	312 €	- 8 %	+ 59 %
5	550 €	+ 9 %	394 €	+ 17 %	+ 68 %
6	862 €	+ 12 %	621 €	+ 21 %	+ 72 %

Source : Fonds CMU-Enquête contrats ACS.

* Tous les contrats sont pris en compte grâce à une analyse « toutes choses égales par ailleurs », méthode statistique permettant de prendre en compte le nombre de bénéficiaires par contrat et l'âge du souscripteur.

Guide de lecture : les contrats de la classe 2 couvrant une personne coûtent en moyenne 470 € soit, toutes choses égales par ailleurs, 58 % de plus qu'un contrat couvrant une personne appartenant à la classe 1. Après déduction de l'ACS, le prix restant à la charge de l'assuré est de 287 € ce qui représente 59 % du prix initial soit 125 % de plus que le reste à charge supporté par un assuré souscripteur d'un contrat de la classe 1.

Son impact est d'autant plus fort que les niveaux de garanties sont faibles et donc que le prix est faible ; le taux de RAC est significativement plus faible pour les contrats de la classe 1.

* * *

Même si la montée en charge du dispositif de l'ACS a été régulière depuis janvier 2005, le décollage apparaît tout de même assez lent. Seulement 10 % de la population-cible y a adhéré. Une explication possible est que le reste à charge sur le prix des contrats reste relativement élevé au regard des revenus des ménages éligibles, 4,5 % du revenu annuel contre 3,5 % en moyenne pour l'ensemble des ménages souscrivant un contrat individuel (ESPS, 2004). Ce reste à charge est particulièrement élevé pour les personnes seules, pour les jeunes de moins de 25 ans, et pour les personnes dont l'état de santé requiert un contrat d'assurance complémentaire offrant des niveaux de garanties élevés notamment en optique et/ou en dentaire.

Le montant de la déduction a été revalorisé en 2006, passant de 75 € à 100 € pour les moins de 25 ans, de 150 à 200 € pour les 25-60 ans et de 250 à 400 € pour les plus de 60 ans. En même temps, une mesure de dispense d'avance de frais a été instaurée pour la part remboursée par la Sécurité sociale pour les actes médicaux réalisés dans le parcours de soins. Pourtant, ces mesures ne semblent pas avoir eu l'effet accélérateur escompté,

la croissance du nombre de bénéficiaires de l'ACS ayant plutôt eu tendance à se ralentir depuis le début de l'année 2006, comme le montre le graphique p. 1.

Face à ce constat, le ministère a organisé avec les acteurs impliqués dans la diffusion de l'ACS, une réunion ayant pour thème les actions de communication à mener pour mieux faire connaître le dispositif. Il a été décidé un meilleur ciblage et une intensification des opérations de communication. Il a été notamment demandé aux organismes complémentaires de faciliter l'accès aux informations sur les modalités d'attribution et de renouvellement, sur les droits en termes de déductions. Ces mesures apparaissent d'autant plus cruciales que la population-cible devrait passer à 3 millions d'individus avec d'une part, le relèvement des plafonds de la CMU et donc mécaniquement de ceux de l'ACS et d'autre part, l'extension à proprement parler du champ de l'ACS accessible désormais à ceux dont les revenus n'excèdent pas 20 % du plafond CMU.

Pour en savoir plus

Franc C., Perronnin M. (2006). Note de l'IRDES sur la classification des contrats de couverture complémentaire. In « *Évolution du prix et du contenu des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt* ». Rapport au gouvernement, 2006, pp. 39-53.

Allonier et al. (2004), *Enquête santé et protection sociale, ESPS 2004*. Rapport IRDES.