

3.2 Les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est une aide financière destinée à favoriser l'accès à une complémentaire santé aux personnes dont les revenus sont légèrement supérieurs au plafond de la CMUc (revenus mensuels compris entre 720 € et 973 € pour une personne seule, cf. encadré). L'absence de couverture complémentaire est un obstacle à l'accès aux soins, en particulier pour les personnes aux revenus modestes. Selon l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) de l'IRDES, en 2012, plus d'une personne sans couverture santé sur deux déclare avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières contre un quart des bénéficiaires d'une couverture complémentaire ; et une étude plus spécifique de 2011 sur le renoncement aux soins a montré que le taux de renoncement aux soins est plus élevé chez les personnes disposant de revenus modestes¹. L'ACS est financée par le fonds CMU dont les dépenses à ce titre s'élèvent à 234 M€.

Le dispositif de l'ACS s'est renforcé

Le dispositif de l'ACS consiste en la délivrance d'une attestation qui peut être utilisée pour bénéficier d'une aide au financement de la prime (ou cotisation) d'assurance complémentaire santé. L'aide est plafonnée au montant de la prime due et varie selon l'âge de la personne. Le plafond de ressources et le montant de l'aide ont été fortement revalorisés ces dernières années (cf. encadré). De plus, les bénéficiaires d'attestations ACS ont désormais accès à certaines garanties similaires à celles des bénéficiaires de la CMUc. Ainsi, ils sont dispensés de l'avance des frais médicaux (tiers-payant), sur la part obligatoire, pour les soins réalisés dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, et ce pour une durée de dix-huit mois à compter de la date de remise de l'attestation de droit par la caisse d'assurance maladie, même en l'absence de souscription d'un contrat de complémentaire santé. Par ailleurs, depuis la publication de l'arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 de la nouvelle convention médicale, les médecins y compris ceux exerçant en secteur 2, doivent appliquer les tarifs opposables aux bénéficiaires de l'ACS.

Parallèlement à l'ACS, des dispositifs locaux de complément ont été développés par les caisses primaires d'assurance maladie dans le cadre de l'action sociale des caisses, afin de limiter le reste à charge des assurés. En 2012, le nombre de bénéficiaires d'aides complémentaires à l'ACS et d'aides visant à atténuer l'effet de seuil lié au plafond de ressources de l'ACS a fortement augmenté, pour atteindre près de 325 000 bénéficiaires (+61%) et un montant de dépenses de 37,5 M€ (+48%).

En conséquence, les bénéficiaires sont en constante augmentation

Les bénéficiaires de l'ACS ont fortement augmenté au cours de ces dernières années

A fin 2013, 1,16 million de personnes bénéficient d'une attestation ACS, soit 15 % de plus qu'en 2012 (cf. tableau 1), en raison de la revalorisation du plafond de ressources décidée dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté (+7% en plus de l'inflation). Le nombre total des attributions liées à cette mesure est évalué à 80 000 en 2013, soit 7% des attributions de l'année.

Le nombre de personnes ayant effectivement utilisé leur attestation auprès d'un organisme complémentaire s'établit à 885 000 au dernier trimestre de 2013 (+14 % en référence à fin 2012). Le taux d'utilisation² varie ainsi autour de 80%. A fin novembre 2013, parmi les bénéficiaires, 70 % des utilisateurs de l'ACS sont couverts par une mutuelle, 28 % par une société d'assurance et 2 % par une institution de prévoyance³.

Un peu moins de la moitié de la population visée recourt à l'ACS

Le nombre de bénéficiaires de l'ACS reste faible par rapport à la population éligible : en 2012, le taux de recours de l'aide serait compris entre 30% et 43% en métropole, par rapport au nombre d'attestations délivrées à fin décembre⁴. Suite au relèvement important du plafond de ressources de 8,3% au 1^{er} juillet 2013, la population cible ACS en métropole serait comprise entre 2,7 et 3,9 millions de personnes, en excluant les 21% de personnes bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire, non éligibles à l'aide.

¹ Irdes, Questions d'économie de la santé n° 170, 2011.

² Le taux d'utilisation de l'ACS mesure la part des utilisateurs de l'aide parmi les bénéficiaires. Il diffère du taux de recours à l'ACS qui est le rapport du nombre de bénéficiaires sur la population éligible.

³ Rapport d'activité 2013 du Fonds CMU.

⁴ Drees, sept. 2013. Repris de rapport d'activité 2013 du fonds CMU.

Encadré 1 • Le dispositif de l'ACS et son évolution récente

L'ACS vient en déduction du prix d'un contrat individuel de couverture complémentaire (les contrats collectifs obligatoires n'y ouvrent pas droit). Son montant est plafonné au montant de la prime due et varie en fonction de l'âge du bénéficiaire : 100 € pour les moins de 16 ans, 200 € pour les 16-49 ans, 350 € pour les 50-59 ans et 550 € pour les 60 ans et plus, depuis le 1^{er} janvier 2014.

Trois conditions doivent être remplies pour bénéficiaire de l'ACS : 1/ être en situation régulière, 2/ résider en France de façon stable depuis plus de 3 mois, et 3/ avoir des ressources comprises entre le plafond d'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et 35% au-delà, selon la composition du foyer (cf. tableau ci-dessous).

Le plafond d'attribution de l'ACS est passé du niveau du plafond CMUc augmenté de 15% entre 2005 et 2007, puis 20% suite à la LFSS de 2007, 26% au 1^{er} janvier 2011, et enfin 35% depuis le 1^{er} janvier 2012 suite à la LFSS 2012, afin d'élargir le nombre de personnes éligibles et que les bénéficiaires isolés de l'ASPA et de l'AAH puissent continuer à en bénéficier après la revalorisation de ces aides en 2012. Enfin, suite au plan pluriannuel contre la pauvreté et l'exclusion sociale de janvier 2013, les plafonds de ressources de la CMUc et de l'ACS ont été relevés le 1^{er} juillet 2013 de +8,3% (1,3% au titre de l'inflation et 7% de revalorisation exceptionnelle), portant le plafond de l'ACS quasiment au niveau du seuil de pauvreté (977 € mensuels en 2011), afin de compenser le décrochage entre les ressources des bénéficiaires potentiels et le niveau du plafond ACS du fait de son indexation sur l'inflation.

Les ressources prises en compte pour bénéficiaire de l'ACS sont celles perçues par le foyer au cours des douze mois précédant la demande ; elles comprennent : 1/ les revenus du travail et du capital, les pensions reçues, les prestations sociales (sauf l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire et les primes de déménagement) et 2/ les avantages en nature procurés par un logement et les allocations logement, mesurés par un montant forfaitaire appelé « forfait logement », variable selon la composition du foyer et défini en pourcentage du RSA.

Le foyer ACS se compose du demandeur, de son conjoint soumis à imposition commune et des enfants ou personnes à charge de moins de 25 ans (non autonomes, fiscalement, financièrement et géographiquement). Le plafond est majoré en fonction du nombre de personnes dans le foyer : de 50% pour la deuxième personne, de 30% pour les troisième et quatrième et de 40% à partir de la cinquième. Il est également plus élevé dans les DOM depuis le 1^{er} septembre 2003.

Plafonds de ressources mensuels pour bénéficiaire de la CMUc et de l'ACS

Nb de personnes dans le foyer	Plafond CMUc		Plafond ACS (Plafond CMUc+35%)	
	Métropole	DOM	Métropole	DOM
1	720	802	973	1 082
2	1 081	1 203	1 459	1 624
3	1 297	1 443	1 751	1 948
4	1 513	1 684	2 042	2 273
Par pers. suppl.	288	321	389	433

L'attestation ACS délivrée par les régimes de base est valable 6 mois (délai pour l'utiliser auprès d'un organisme complémentaire - OC) et le droit est accordé pour une année (une fois l'attestation utilisée auprès d'un OC). L'ACS correspond en pratique à un crédit d'impôt pour les OC qui déduisent le montant de l'aide de la contribution qu'ils versent au fonds CMU au titre de la CMUc. Contrairement à la CMUc, le contrat ACS étant de droit commun, la participation forfaitaire de 1 € et les franchises ne sont pas remboursées par les contrats ACS (de même que pour l'ensemble des contrats complémentaires individuels dits « responsables »).

L'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 instaure différentes améliorations du dispositif, à savoir : la **procédure de mise en concurrence des contrats ACS**, afin d'améliorer la qualité et le prix de la couverture des bénéficiaires de l'ACS, ainsi que la lisibilité du dispositif ; un **contrat de sortie pour les ex-bénéficiaires de l'ACS** (proposition de prolongation de contrat ou d'adhésion pour une durée d'un an avec les mêmes garanties et au même tarif) ; l'**obligation d'information de la date de fin de contrat ACS par les organismes complémentaires** ; et l'**opposabilité des tarifs de soins thermaux pour les bénéficiaires de la CMUc et de l'ACS**.

Par ailleurs, le **bénéfice des tarifs sociaux sur l'énergie qui permet de bénéficier de réductions sur les factures de gaz et d'électricité**, jusqu'ici réservé aux bénéficiaires de la CMUc, a été étendu à l'ensemble des personnes éligibles à l'ACS en décembre 2012.

Tableau 1 • Effectifs des bénéficiaires de l'ACS

En millions

Année	Bénéficiaires d'une attestation	Evolution annuelle (en %)	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Evolution annuelle (en %)
2007	0,51	31%	0,33	37%
2008	0,60	17%	0,44	34%
2009	0,60	0%	0,50	13%
2010	0,63	5%	0,53	6%
2011	0,76	21%	0,62	16%
2012	1,01	32%	0,77	25%
2013	1,16	15%	0,89	14%

Derniers chiffres connus : 1,17 million de bénéficiaires à fin juin 2014 et 0,92 million d'utilisateurs à fin mai 2014.

Source: Fonds CMU. Champ: CNAMTS, CCMSA et RSI.

Note de lecture : Les bénéficiaires d'attestation sont connus mensuellement (ici à fin décembre) alors que les utilisateurs sont obtenus à partir du relevé trimestriel pour la taxe de solidarité additionnelle (TSA) effectué par les organismes complémentaires (à fin novembre).

L'estimation de la population cible de l'ACS est toutefois fragile en raison des difficultés de construction de modèles sur les revenus des plus pauvres et de la forte concentration des ACS autour des seuils d'éligibilité. Les hausses successives du plafond ont conduit à une baisse temporaire du taux de recours compte tenu des délais d'appropriation de la mesure par les nouveaux bénéficiaires potentiels.

Des bénéficiaires qui forment un ensemble hétérogène

Une population plus âgée que celle des bénéficiaires de la CMUc

Par comparaison avec la CMUc où les jeunes sont surreprésentés par rapport à la population totale (44% des bénéficiaires ont moins de 20 ans *contre* 5 % de plus de 60 ans¹), la population des bénéficiaires de l'ACS est essentiellement composée de 16-49 ans (39% du total) (cf. graphique 1). Selon le fonds CMU, on constate une légère augmentation de la part des personnes de plus de 60 ans en 2013 qui représentent 23,5% des bénéficiaires, soit 3 points de plus qu'en 2011.

Une population majoritairement active occupée mais en situation de précarité

Faute de données plus récentes, une enquête de l'Irdes réalisée en 2009 sur un champ partiel² apporte certains éléments sur la composition de la population ACS. Il apparaît ainsi que la majorité des personnes interrogées sont actives occupées (54 %) mais plus souvent en situation de précarité. Parmi les personnes salariées, un tiers sont à temps partiel et un quart ont un contrat précaire (intérim, CDD, saisonnier, contrat aidé). Enfin, les chômeurs représentent 12 % de la population étudiée, les inactifs 20 % et les retraités 15 %. Il faut souligner que les bénéficiaires de l'ASPA isolés et de l'AAH sans complément, sont éligibles à l'ACS compte tenu des conditions de ressources pour bénéficier de ces aides.

Une nouvelle mesure pour améliorer la qualité des contrats ACS, aujourd'hui majoritairement d'entrée de gamme

L'ACS couvre déjà en moyenne près de 53% du prix du contrat

En 2013, le prix annuel moyen du contrat ACS s'établit à 904 € (par contrat couvrant en moyenne 1,6 personne, soit 561 € par personne), en hausse sensible de 2,3% par rapport à l'année 2012 (cf. tableau 2). Pour les contrats couvrant une personne (72% des contrats), l'ACS représente en moyenne près de 53% du prix du contrat, soit un niveau proche de la prise en charge employeur sur les contrats collectifs obligatoires (57% selon l'enquête ESPS de l'Irdes), et ramène le taux d'effort moyen des ménages à 4% de leur revenu annuel. L'attribution d'aides extra-légales visant à atténuer l'effet de seuil lié au plafond de ressources pour bénéficier de l'ACS réduit également le reste à charge sur le prix du contrat.

Mais le reste à charge sur prestations des bénéficiaires de l'ACS pourrait encore se réduire

Les bénéficiaires de l'ACS souscrivent pour la plupart des contrats qui offrent des garanties inférieures à celles des contrats individuels souscrits par le reste de la population. Le contrat le plus fréquemment utilisé pour les bénéficiaires de l'ACS est le contrat d'entrée de gamme (48%) alors que les non ACS sont majoritairement couverts par une garantie moyenne (44% des contrats) (cf. tableau 3). Néanmoins, contrairement à ce qui pouvait être attendu, le reste à charge sur prestations³ (hormis pour les verres) est moins élevé pour les bénéficiaires de l'ACS comparativement aux bénéficiaires des autres contrats individuels (cf. tableau 4). Selon le Fonds CMU, l'une des explications de ce moindre reste à charge serait lié au comportement de consommation de soins des bénéficiaires de l'ACS qui se tournent plus vers des médecins qui pratiquent plus couramment des tarifs opposables ou vers les centres de santé, et qui renoncent aussi peut-être davantage à certains soins, comme les prothèses dentaires ou l'optique, dont les restes à charge pourraient être jugés trop importants.

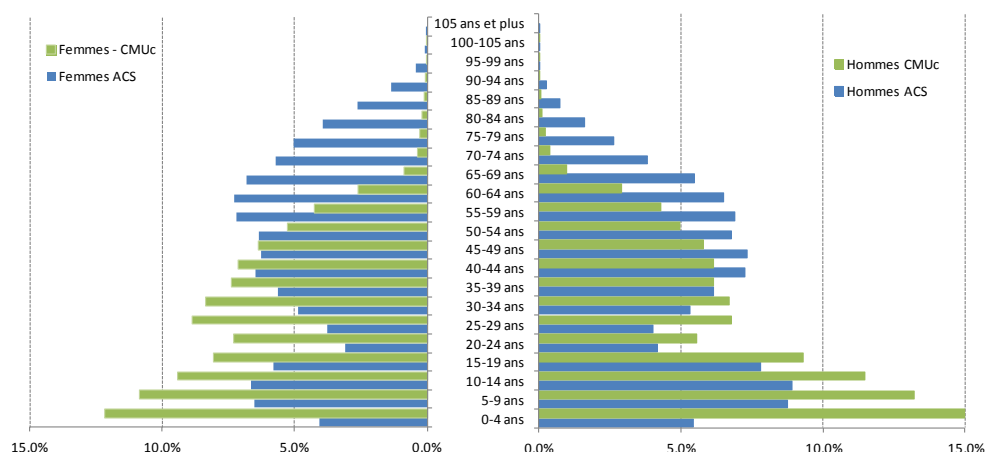
Afin d'aider les bénéficiaires à obtenir des contrats offrant de meilleures garanties au meilleur prix et d'améliorer la lisibilité du dispositif, le gouvernement a introduit dans la LFSS pour 2014, une mise en concurrence des contrats ACS pour sélectionner d'ici juillet 2015 un nombre limité d'organismes proposant des contrats offrant des garanties minimales de leur réserver le bénéfice de l'ACS.

¹ Fonds CMU.

² Irdes, Questions d'économie de la santé n° 195, fév. 2014.

³ Le reste à charge sur prestations se définit comme la part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré, après remboursement par l'assurance maladie de base et par l'assurance maladie complémentaire.

Graphique 1 • Répartition par âge des bénéficiaires de l'ACS



Champ: RG hors SLM -France entière. Bénéficiaires d'attestations ACS présents durant toute l'année 2012.

Source : CNAMTS

Tableau 2 • Caractéristiques moyennes des contrats ACS

	Enquête 2012	Enquête 2013	Evolution (en %)
Nombre de personnes couvertes par contrat	1,66	1,61	
Prix moyen par contrat	884 €	904 €	2,3%
Prix moyen d'un contrat ACS par personne couverte	533 €	561 €	5,3%
Montant déduction moyenne par contrat	456 €	458 €	0,4%
RAC moyen par contrat (montant du contrat après déduction ACS)	428 €	446 €	4,2%
Taux de RAC moyen	46%	47%	
Taux d'effort par foyer	4,10%	4,00%	

Champ : 44 organismes complémentaires, qui représentent 63% des bénéficiaires de l'aide au 30 novembre 2013.

Source : Rapport du Fonds CMU sur le coût et contenu des contrats ACS en 2013

Tableau 3 • Comparaison de la répartition des contrats ACS/ contrats individuels par classe de garantie

	Contrats ACS 2013	Contrats individuels DREES 2011	Ecart (en points)
Classe A	0%	4%	-3
Classe B	2%	13%	-10
Classe C	18%	44%	-26
Classe D	32%	24%	8
Classe E	48%	16%	32
Total	100%	100%	

Note : Les contrats de classe A offrent la meilleure couverture (couverture quasi-intégrale des prestations de référence) et les contrats de type E (ou d'entrée de gamme) la moins bonne (en général, pas de prise en charge au-delà du ticket modérateur).

Source : Rapport du Fonds CMU sur le coût et contenu des contrats ACS en 2013

Tableau 4 • Reste à charge sur prestations des bénéficiaires de contrats ACS

Prestations	Reste à charge moyen*	Ecart "autres contrats individuels/contrats ACS"
Consultations de spécialistes (code CS) hors majorations (jours fériés, visites, etc...)	11 €	78%
Prothèses dentaires ceramo-métalliques (code SPR 50)	405 €	3%
Paire de lunettes (détail)		
Monture	60 €	29%
Verres simples (unifocaux)	70 €	-10%
Verres complexes (multifocaux)	170 €	9%
Paires de lunettes (forfait)	100 à 150€	36%

*par consommant, y compris reste à charge nuls.

Champ: Bénéficiaires de l'ACS et de contrats individuels (hors ACS), couverts par un contrat du 1er au 31 décembre 2013.

Note : Pour les consultations de spécialistes, le montant de reste à charge est significativement moins élevé dans le cas de l'ACS : 11€ contre 19,5€, pour les autres contrats individuels, soit un écart de 78%.

Source: Rapport du Fonds CMU sur le coût et contenu des contrats ACS en 2013.