

RAPPORT D'ACTIVITE 2004

C

M

U

**Fonds de financement de la protection
complémentaire de la couverture universelle
du risque maladie**

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
AVANT PROPOS	4
LES MISSIONS DU FONDS	6
LE FINANCEMENT DE LA CMU COMPLEMENTAIRE	7
➤ LES RECETTES DU FONDS	7
LES DOTATIONS DE L'ÉTAT	7
LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES	8
➤ LES DEPENSES DU FONDS	9
LES VERSEMENTS AUX REGIMES OBLIGATOIRES	9
LES REMBOURSEMENTS AUX ORGANISMES COMPLEMENTAIRES	10
LE CONTROLE DES DEDUCTIONS OPEREES PAR LES OC	12
➤ PRESENTATION ECONOMIQUE DES COMPTES DU FONDS	13
LE SUIVI ET L'ANALYSE SOCIALE	14
➤ LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DU FONDS.....	14
➤ APPRECIATION QUALITATIVE.....	15
LA CREATION DU « CREDIT D'IMPOT »	15
DE NOUVELLES RECETTES POUR LE FONDS CMU EN 2005	16
L'ATTITUDE DES PROFESSIONNELS DE SANTE	17
➤ DONNEES QUANTITATIVES.....	19
2004 A ETE UNE ANNEE DIFFICILE EN MATIERE STATISTIQUE.....	19
LES BENEFICIAIRES DE LA CMU COMPLEMENTAIRE.....	20
STRUCTURE ET NIVEAU DES DEPENSES DE CMU COMPLEMENTAIRE	28
➤ LA CONNAISSANCE DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES.....	32
LES EVOLUTIONS DU MONDE DES COMPLEMENTAIRES SANTE.....	32
LE CHIFFRE D'AFFAIRES DES COMPLEMENTAIRES SANTE	33
LE NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE LA CMU DECLARE PAR LES COMPLEMENTAIRES.....	35
L'ENGAGEMENT DES ORGANISMES DANS LA GESTION DE CONTRATS CMU	36
LES AUTRES ACTIVITES DU FONDS.....	38
➤ LE REPERTOIRE NATIONAL DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES	38
➤ INFORMATION : REFERENCES CMU ET SITE INTERNET	39
LE RENOUVEAU DU SITE INTERNET DEDIE A LA CMU	39
LA LETTRE D'INFORMATION DU FONDS	40
➤ DES MOUVEMENTS DANS L'EQUIPE DU FONDS.....	40
➤ LES ETUDES FINANCEES PAR LE FONDS	41
LA FABRIQUE DU DROIT SOCIAL : L'EXEMPLE DE LA LOI CMU.....	41
L'EXPLOITATION DE LA BASE « RESSOURCES » CMU DES CPAM	43
LISTE DES ANNEXES	47
SYNTHESE DES EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES AU 31 DECEMBRE 2004.....	48
HISTORIQUE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES	49
BENEFICIAIRES PAR DEPARTEMENTS	51
PRESENTATION SIMPLIFIEE DES RESULTATS COMPTABLES DU FONDS	53
TEXTES RELATIFS A LA CMU PARUS AU COURS DE L'ANNEE 2004.....	54
PRINCIPALES DECISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	55
TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES REGISSANT LE FONDS AU 31/12/2004	56
COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31/12/2004	64
COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE AU 31/12/2004	65

ORGANIGRAMME DU FONDS AU 31/12/2004	67
LISTE DES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT L'ASSIETTE LA PLUS IMPORTANTE EN 2004	68
LISTE DES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT LE PLUS GRAND NOMBRE DE BENEFICIAIRES EN 2004.....	72
LES DIFFICULTES D'ACCES AU DROIT POUR LA CMU : DELAIS D'IMMATRICULATION, DELIVRANCE DE LA CARTE VITALE, TIERS PAYANT.....	76

AVANT PROPOS

Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, appelé plus prosaïquement Fonds CMU, est un établissement public administratif de petite taille, puisque son effectif total est de 9,3 personnes. L'année 2004 a fait peser sur cette équipe réduite une lourde charge de travail.

Le présent rapport d'activité retrace les grands éléments qui ont marqué la vie du Fonds en cette année 2004.

Au niveau des textes, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie crée dans son article 56 un « crédit d'impôt » dont le Fonds CMU est chargé de la gestion financière. Ce nouveau dispositif qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2005 a pour objectif d'aider les quelques deux millions de personnes se situant entre le plafond CMU et ce même plafond majoré de 15 %, à acquérir une complémentaire santé. Le suivi de ce dispositif sous tous ses aspects, et en particulier sur l'analyse du prix et du contenu des contrats « crédit d'impôt » comme la loi nous en fait obligation, sera une lourde charge pour le Fonds en 2005. Déjà sur 2004, l'élaboration du décret d'application de la loi sur lequel le Fonds a fortement collaboré avec la Direction de la sécurité sociale, a été un exercice délicat qui nous a mobilisé au cours de nombreuses séances de travail.

Un second texte publié en 2004, impacte la vie du Fonds. Il s'agit de la loi de finances pour 2005. Même si traditionnellement la LFI concerne toujours notre établissement, cette loi apporte deux éléments qu'il convient de citer. En premier lieu, le Fonds recevra à compter de l'exercice 2005 des « droits sur les alcools ». Chiffrée à 370 M€, cette somme vient réduire à due concurrence la dotation budgétaire figurant au budget de l'Etat. En second lieu la LFI revalorise de 1,5 % la déduction CMU de 300 € applicable en 2004, et qui depuis le 1^{er} janvier 2004 s'applique indistinctement aux régimes d'assurance maladie de base comme aux complémentaires santé. Au cours du conseil de surveillance de décembre 2004, cette hausse fut critiquée pour sa modicité, aussi bien par les premiers que par les seconds.

A ce propos le présent rapport d'activité donne le coût moyen de la CMU complémentaire. Les chiffres de 2004 ne sont pas encore connus. Ceux définitifs de 2003 atteignent 310 € pour la CNAM et 296 € pour les OC. Le chiffre de la CNAMTS pour 2004 est estimé à 328 €.

Le Fonds CMU, observateur privilégié du monde des complémentaires santé, grâce à la contribution de 1,75 % sur le chiffre d'affaires de cette branche, peut mesurer le poids de cette activité. Ce chiffre d'affaires a atteint en 2004, 22 milliards 632 millions d'euros, et marque une progression de 10,54 %.

Concernant la situation financière du Fonds, la loi de finances rectificative pour 2004, a apporté une dotation budgétaire complémentaire. C'est ainsi qu'à une situation cumulée négative de 70 millions d'euros au 31 décembre 2003 succède un résultat cumulé au 31 décembre 2004, positif de 5 millions d'euros.

En 2004, le Fonds a financé deux études dont les rapports ont été publiés et mis en ligne sur notre site. Le premier retrace la genèse de la loi de 1999 créant la CMU, le second est une exploitation de la « base ressources » de la CNAMTS permettant de mieux comprendre de quels moyens financiers disposent les bénéficiaires de la CMU qui, rappelons le, correspondent au décile le plus pauvre de la population française.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler le Fonds a conduit avec l'aide de la CNAMTS et des associations siégeant dans son conseil de surveillance, une recherche sur les difficultés pratiques rencontrées par les bénéficiaires (ou futurs bénéficiaires) de la CMU-C. De ce document, dont la qualité a été saluée au conseil de surveillance de décembre 2004, il ressort que parmi les problèmes rencontrés, c'est celui de la délivrance de la carte VITALE qui est le plus prégnant. Monsieur le député Jean-Marie ROLLAND, président du conseil de surveillance, a saisi le président du conseil de surveillance de la CNAMTS, pour que la correction de ce défaut dans la qualité du service aux assurés sociaux, soit inscrite en bonne place dans la future convention d'objectifs et de gestion qui va lier la CNAMTS et l'Etat à compter du 1^{er} janvier 2006.

Deux autres très lourds chantiers ont également pesé en 2004 sur la petite équipe du Fonds CMU. Il s'agit de la mise en place du Répertoire national des organismes complémentaires (RNOC), mission confiée au Fonds par une lettre de mission signée des deux ministres ayant en charge la protection sociale. Ce répertoire sera opérationnel au mois de juin prochain.

En second lieu, il a été procédé à la refonte complète du site Internet du Fonds CMU. Je ne peux que me féliciter de la qualité du travail accompli, qui fait désormais de notre site une véritable référence sur tous les sujets qui constituent le vaste champ d'activité qui nous est confié par les textes nous régissant. La multiplication par six en un an des connexions est un indicateur qui remplace de longs discours.

Chacun peut donc prendre conscience de l'ampleur et de la qualité du travail accompli et je me dois de remercier ici tous les agents du Fonds pour leur dévouement. L'année 2005 qui commence m'amène à penser qu'il est extrêmement peu probable que notre activité connaisse autre chose qu'une mobilisation de tous les instants.

Jean-François CHADELAT
Inspecteur Général des Affaires Sociales
Directeur du Fonds CMU

Il n'est traité dans ce rapport que de la CMU complémentaire, ce qui n'est pas systématiquement précisé pour des questions de lisibilité. De même, les données financières sont dans l'ensemble arrondies.

Enfin, l'exercice formel de présentation d'un rapport d'activité sur une année civile, suppose que les données ou informations connues à la date d'adoption du rapport, mais relatives à l'année suivante, n'y figurent pas.

LES MISSIONS DU FONDS

Le Fonds qui finance le volet complémentaire de la couverture maladie universelle est un établissement public administratif de l'Etat créé par la loi du 27 juillet 1999. Jusqu'en 2004, son financement est assuré par une dotation budgétaire de l'Etat et par une contribution à laquelle sont soumis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé. Cette contribution est égale à 1,75 % des primes ou cotisations des complémentaires santé.

La première mission du Fonds CMU est d'assurer le financement des dépenses de soins de santé restant à la charge, après intervention des régimes obligatoires d'assurance maladie, des personnes titulaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé. Le bénéficiaire de la CMU complémentaire peut, soit demander à sa caisse d'assurance maladie de gérer la part complémentaire de ses dépenses de soins, soit souscrire un contrat couvrant les mêmes prises en charge auprès d'un organisme d'assurance complémentaire qui s'est déclaré volontaire à la gestion de tels contrats.

Depuis 2004, dans les deux cas, un bénéficiaire de la CMU-C ouvre droit pour le gestionnaire à un forfait (fixé à 300 € pour l'année 2004). Pour les régimes, la somme de ces forfaits leur est versée par le Fonds. Pour les organismes complémentaires, les forfaits viennent en déduction du montant de leur contribution.

Le cas échéant, les organismes d'assurance complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) reçoivent remboursement de la somme qui leur est due quand le montant de la contribution est inférieur au montant de la somme des déductions. Au titre de cette mission le Fonds procède à tout contrôle sur les dépenses qu'il finance.

La deuxième mission du Fonds est de participer à l'analyse de l'application de la loi dans ses aspects sanitaire et social. Il assure, à ce titre, le secrétariat du conseil de surveillance placé auprès de lui. Celui-ci est composé de membres du parlement, d'associations luttant contre l'exclusion, des trois grands régimes d'assurance maladie, des différentes fédérations d'organismes complémentaires.

Cette seconde mission consiste plus précisément en un « suivi qualitatif » dont l'objet est d'identifier les difficultés d'application de la loi et les solutions à mettre en œuvre, ainsi que de dessiner les évolutions souhaitables. La participation à des recherches ou la conduite d'études concourent au recueil d'observations et à la formulation des mesures à prendre.

Le Fonds a enfin comme mission, une fonction d'information dont l'objectif est la diffusion des nombreuses données statistiques ainsi que des précisions et mises au point qu'implique le dispositif.

LE FINANCEMENT DE LA CMU COMPLEMENTAIRE

Les comptes du Fonds CMU pour l'année 2004 présentent un résultat positif de 75 millions d'euros (M€). Compte tenu du report à nouveau constaté fin 2003 (- 70 M€), le solde cumulé au 31 décembre 2004 s'élève à 5 M€ (cf. annexe 2 : présentation simplifiée des résultats du Fonds).

➤ LES RECETTES DU FONDS

Les recettes du Fonds sont constituées d'une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer les comptes du Fonds et du produit de la contribution versée par les organismes complémentaires : respectivement 1 037 M€ (78 %) et 291 M€ (22 %), soit au total 1 327 M€.

Les dotations de l'Etat

L'Etat finance ainsi la plus grande part les dépenses de CMU complémentaire avec un montant de 1 037 M€ en 2004. La dotation budgétaire principale (ministère en charge de la sécurité sociale) s'élève à 947 M€. Elle est versée mensuellement par douzième selon des modalités et un échéancier déterminés par convention.

Une dotation spécifique, d'un montant de 50 M€ pour 2004, a été inscrite au budget du ministère des DOM pour financer l'attribution de la CMU-C aux personnes résidant dans les départements d'outre mer dont les ressources se situent entre le plafond de la métropole et ce plafond majoré de 10,8 %.

Enfin, la loi de finances rectificative pour 2004 a décidé du versement d'une dotation complémentaire de 40 M€ qui a équilibré les comptes du Fonds au 31 décembre 2004.

Il faut noter en effet que l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale prévoit que « les recettes du Fonds sont constituées par (...) une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le Fonds. ». En raison du calendrier des lois de finances, un déficit éventuel des comptes du Fonds, constaté au début de l'année qui suit l'exercice en cause (en l'espèce début 2004), sauf s'il est prévu avec certitude bien en amont, ne peut donc être comblé que par une loi de finances rectificative de l'année $n + 1$. L'équilibre ne peut donc être réalisé mathématiquement qu'a posteriori, ce qui a été le cas cette année.

La contribution des organismes complémentaires

Le produit de la contribution qui alimente le Fonds s'établit comptablement pour 2004 à 291 M€, compte tenu de l'estimation des produits à recevoir au titre de 2005 de l'ACOSS et de la régularisation de ceux-ci au titre de 2004. En effet, une part de cette contribution n'est payée aux URSSAF qu'au 31 janvier de l'année suivante (date de la quatrième échéance trimestrielle) et son produit exact ne peut donc être connu au 31 décembre précédent. Ce montant, en droits constatés, figure dans les comptes du Fonds.

La répartition mensuelle des encaissements nets des URSSAF (trésorerie) s'établit pour l'année 2004 à :

En milliers d'euros

Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
6 233	44 096	9 586	17 051	65 750	8 067	15 526	44 866	2 522	12 183	54 157	1 438	281 475

Source : ACOSS

Les trois premiers mois concernent essentiellement des encaissements se rapportant au 4^{ème} trimestre 2003. Les encaissements relatifs au 4^{ème} trimestre 2004 seront versés au cours du 1^{er} trimestre 2005. C'est l'explication de la différence entre le total des encaissements (281 M€ en trésorerie) présenté dans le tableau ci-dessus et le produit de la taxe en droits constatés (291 M€).

Pour l'année 2004, en trésorerie, on notera que parmi les 26 URSSAF, « pivots régionaux », désignées pour encaisser la contribution, l'URSSAF de Paris et de la région parisienne représente à elle seule 69,8 % des encaissements, les URSSAF de Lyon et d'Orléans respectivement 5,4 et 3,9 %.

L'ACOSS reverse au Fonds le produit de cette contribution dans des conditions fixées par convention, et par avenant annuel. L'avenant au titre de l'année 2004 fixant le montant des versements à 245 M€ (3 acomptes de 55 M€ et un acompte de 80 M€), a été signé le 16 décembre 2003. Les régularisations financières, au vu des encaissements réels, sont réalisées lors du versement trimestriel suivant.

➤ LES DEPENSES DU FONDS

Jusqu'au 31 décembre 2003, le Fonds remboursait aux régimes de sécurité sociale la totalité de leurs dépenses relatives à la CMU complémentaire. En fonction de cette règle et de celle des droits constatés, le Fonds a continué de prendre en charge, en 2004, les dépenses se rapportant à des soins réalisés au cours des années antérieures mais étant décaissées par les régimes en 2004.

A compter de 2004, le Fonds rembourse les régimes sur la base d'un forfait trimestriel (75 € par bénéficiaire), c'est à dire de manière identique à celle retenue pour les organismes complémentaires depuis la création de la CMU.

Les versements aux régimes obligatoires

Ces versements sont organisés par des conventions. Les acomptes (trésorerie), déterminés par avenant annuel, sont versés mensuellement pour les 3 plus grands régimes. Pour les autres régimes, il n'y a qu'un acompte annuel, fixé sur la base des dépenses constatées lors de l'exercice précédent.

Au vu du nombre de bénéficiaires de chaque régime le dernier jour des mois de février, mai, août et novembre, une régularisation annuelle est réalisée (nombre de bénéficiaires multiplié par le forfait, rapporté aux acomptes versés).

Le tableau ci-après présente le solde des dépenses réelles des années antérieures pris en charge par le Fonds, l'ensemble des acomptes versés en 2004, le montant des régularisations se rapportant à 2004 et en conséquence le montant total des dépenses comptabilisées par le Fonds en 2004. On doit préciser que le nouveau système de remboursement aux régimes amène le Fonds à ne plus comptabiliser de provisions.

Organismes	Solde des dépenses (années antérieures)	Montant des acomptes 2004	Régularisations 2004	Total
CNAMTS	128 322	1 090 000	58 224	1 276 546
CCMSA	3 730	36 000	3 662	43 392
CANAM	3 170	26 000	5 189	34 359
CNMSS (Militaires)	88	500	232	820
ENIM (Marins)	153	780	- 144	789
GAMEX (Agriculteurs)	0	550	17	567
CAVIMAC (Cultes)	49	300	8	357
CANSSM (Mines)	6	50	140	196
SNCF	23	160	- 7	176
CRPCEN (Notaires)	1	40	19	60
RATP	10	58	- 30	38
CCIP *	-	-	0,1	-

Source : données comptables des régimes

* Chambre de commerce et d'industrie de Paris

Les versements au régime général représentent 94 % des versements aux régimes.

Il convient de préciser que depuis la mise en place d'un paiement des régimes sur la base d'un forfait, la différence entre celui-ci et les dépenses réelles de CMU-C supportées par les régimes vient peser directement sur les comptes des régimes. Ainsi, à titre d'exemple, le régime général supporte, pour chaque bénéficiaire de CMU-C, la différence entre le montant de la dépense moyenne dans le régime (323 €) et celui de la déduction (300 €), soit 88 M€ pour 2004.

Les remboursements aux organismes complémentaires

Dans les remboursements aux organismes complémentaires présentés dans cette partie ne figurent que les paiements effectifs du Fonds.

A la fin mars 2005, le montant des remboursements effectués au titre de 2004 s'établit à 68,9 M€ (69,6 M€ en 2003, 46,5 M€ en 2002, 36,7 M€ en 2001, 10,4 M€ en 2000). 657 remboursements ont été réalisés par le Fonds au titre de cette période, soit 165 remboursements en moyenne par trimestre.

	Montants total des remboursements	Nombre	Montant moyen 2004	Montant moyen 2003	Montant moyen 2002
Premier trimestre	15 769	150	105	84	37
Deuxième trimestre	18 185	180	101	79	46
Troisième trimestre	17 997	168	107	80	39
Quatrième trimestre	16 976	159	107	80	50
Total	68 927	657	105	81	43

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires.

Ces chiffres ne tiennent pas compte des régularisations du nombre de bénéficiaires déclaré que les organismes complémentaires pourront faire dans le cadre de la déclaration du 1^{er} trimestre 2005 (courant mai 2005).

Le montant moyen des remboursements s'établit à 105 000 euros en 2004. Il augmente régulièrement et fortement depuis 2000. Il a progressé dans un premier temps sous l'effet de l'augmentation du nombre de contrats CMU gérés par les organismes complémentaires (explication valant surtout sur la période 2000 – 2002). Depuis 2002, ce constat s'explique essentiellement par le regroupement des bénéficiaires au sein d'un nombre d'organismes décroissant (sorties du dispositif CMU, regroupement des mutuelles). On aboutit en conséquence à une diminution du nombre de remboursements : 1 086 en 2001, 1 073 en 2002, 862 en 2003, 657 en 2004. Le montant moyen du remboursement est ainsi passé de 26 000 euros en 2000 à 105 000 euros en 2004 (34 000 euros en 2001, 43 000 en 2002, 81 000 en 2003).

Le nombre de remboursements d'un montant unitaire supérieur à 100 000 euros représente 23 % du nombre des remboursements (18 % en 2003 et ce pourcentage représente 2,5 fois celui constaté en 2002) et 83 % de leur montant total (76 % en 2003). Les remboursements d'un montant unitaire inférieur à 10 000 euros représentent 33 % du nombre des remboursements (38 % en 2003) et 1,45 % de leur montant total (1,9 % en 2003).

La transmission par les caisses d'assurance maladie et la réception par les organismes d'assurance complémentaire des informations nécessaires à la comptabilisation des déductions selon les délais impartis continuent de connaître des difficultés même si, à partir de 2002, la situation semble s'être améliorée. Le Fonds a donc défini et organisé une procédure de régularisation du nombre de bénéficiaires déclaré à compter de l'exercice 2001.

L'opération de régularisation bien que lourde en terme de gestion pour le Fonds, apparaît indispensable pour permettre d'ajuster les déductions à la réalité : en 2004, les régularisations du nombre de bénéficiaires déclaré en 2003 qui peuvent être positives ou négatives, ont représenté en valeur absolue 2,42 % du nombre de déductions déclarées initialement (avant prise en compte des régularisations). Le nombre de régularisations constitue un indicateur de la mesure de l'ampleur des difficultés encore rencontrées sur le terrain ; l'évolution enregistrée traduirait une amélioration de la situation, le pourcentage s'établissant à 3,91 % en 2003.

Le contrôle des déductions opérées par les OC

Le Fonds CMU a pour mission de contrôler les déductions opérées par les organismes complémentaires sur leurs déclarations à la contribution finançant la CMU complémentaire. Il s'agit de vérifier sur une ou plusieurs échéances l'exactitude du droit à déclarer des déductions. Le contrôle s'effectue en partenariat entre le service de l'ordonnateur et l'agence comptable pour l'adapter au mieux aux enjeux financiers.

Le préalable du contrôle consiste dans la transmission au Fonds par l'organisme de sa liste des personnes sous contrat CMU. Cette liste doit correspondre aux déductions effectuées sur la déclaration du trimestre contrôlé. Elle est examinée attentivement en particulier sur les points suivants : nombre de bénéficiaires mentionné sur la liste par rapport à celui déclaré, dates d'entrée et de sortie comparées à la date de référence, existence d'éventuels doublons (même nom, prénom et date de naissance).

Ce contrôle a concerné toute déclaration conduisant à un remboursement par le Fonds, ainsi que l'ensemble des organismes comptant plus de 500 bénéficiaires n'ayant pas fait l'objet d'un paiement par le Fonds.

Le Fonds peut s'en tenir à ce premier niveau de contrôle mais il peut également aller au-delà en lançant un contrôle approfondi.

Ce contrôle approfondi est effectué à partir d'un échantillon tiré aléatoirement dans la liste des bénéficiaires. Pour cet échantillon, il est alors réclamé aux OC les attestations du droit à protection complémentaire délivrées par les caisses d'assurance maladie, ou tout document émanant de ces caisses, attestant du droit pour le bénéficiaire et de la période couverte. Ce rapprochement est effectué soit lors d'un déplacement dans les organismes, soit sur pièces (les documents sont alors adressés au Fonds et examinés dans ses locaux).

16 vérifications approfondies ont été inscrites sur le plan de contrôle 2004. Ces 16 vérifications ont fait ressortir un taux d'anomalie de 3,13 %. Cependant, la neutralisation d'une situation exceptionnelle (taux d'anomalie de 30 % dû au fait que l'organisme concerné appliquait une procédure qui ne comptabilisait pas les sorties de CMU), conduit à un taux d'anomalie de 1,64 % qui semble plus proche de la réalité (1,42 % en 2003). Si l'on applique ce taux d'anomalie à l'ensemble des déductions déclarées, l'enjeu financier annuel du contrôle s'élève à près de 3 millions d'euros.

Outre des contacts avec les URSSAF également en charge de ce contrôle, la coordination des actions implique qu'une réunion de suivi soit organisée annuellement avec l'ACOSS. En 2004, cette réunion s'est déroulée le 7 décembre. A cette occasion, le Fonds a présenté à son partenaire un bilan affiné des actions de vérification effectuées par ses services en 2004. Les deux partenaires ont également défini la liste des organismes à contrôler par les URSSAF en 2005. Dans cette liste figurent les organismes pour lesquels le Fonds a constaté les anomalies les plus importantes en terme d'enjeux financiers lors de ses précédentes vérifications. La réunion a également abordé la convention entre le Fonds et l'ACOSS prévue par l'article R. 862-13 du code de la sécurité sociale. La première convention datait du 4 avril 2001. La nouvelle convention qui sera signée au cours du premier trimestre 2005 prendra en compte les évolutions législatives intervenues en 2004 (mise en place du crédit d'impôt, etc.) et renforcera les moyens de la coordination des actions de contrôle des déductions entre le Fonds, l'ACOSS et les URSSAF.

➤ PRESENTATION ECONOMIQUE DES COMPTES DU FONDS

La présentation des recettes et des dépenses du Fonds exposée dans la partie précédente correspond à la présentation comptable des résultats du Fonds : dans les comptes arrêtés par le conseil d'administration du Fonds, seuls la partie nette de la contribution versée au Fonds et le montant des paiements réalisés par le Fonds aux organismes complémentaires sont inscrits.

Or, en terme économique et pour affiner l'analyse, il semble important de faire apparaître la totalité du montant de la contribution (1,75 % du chiffre d'affaires santé des complémentaires) qu'elle ait été versée au Fonds ou retenue par les complémentaires du fait des déductions. De la même manière, il est intéressant de connaître le poids total des déductions consenties aux OC, qu'elles aient entraîné un paiement par le Fonds ou un moindre versement de contribution.

Le tableau suivant reprend donc en termes économiques et non comptables les résultats du Fonds. Ainsi, les montants de la contribution et des déductions des organismes complémentaires sont inscrits pour leur valeur totale.

En millions d'euros

	2000	2001	% évol	2002	%évol	2003	%évol	2004	% évol
Recettes									
Dotation budgétaire (LFI)	1 067	1 006	-6 %	930	-8 %	970	4 %	997	3 %
Dotation budgétaire (LFR)	-267	-117		220				40	
Total Etat	800	889	11 %	1 150	29 %	970	-16 %	1 037	7 %
Contribution des OC	280	308	10 %	330	7 %	359	9 %	395	10%
Total Recettes	1 080	1 197	11 %	1 480	24 %	1 329	-10 %	1 432	8 %
Dépenses									
Versements aux régimes	1 001	1 237	24 %	1 159	-6 %	1 263	9 %	1 222	-3 %
Déductions CMU-C	44	124	NS	142	15 %	182	28 %	197	8 %
Gestion administrative	1	1	0 %	1	0 %	1	0 %	1	0 %
Total Dépenses	1 046	1 362	30 %	1 302	-4 %	1 446	11 %	1 420	-2 %
<i>Correction comptable/économique</i>								- 63	
Résultat de l'année	34	-165		178		-117		75	
Résultat cumulé	34	-131		47		-70		5	

Le passage des résultats économiques aux résultats comptables a nécessité en 2004 un ajustement (ligne correction comptable/économique). Les prévisions de versements aux régimes comptabilisés en 2003 sous forme de provisions (prévues également dans le tableau « économique ») se sont avérées trop fortes, tandis que les produits à recevoir étaient sous estimés. Il était donc nécessaire de rétablir par cette correction la réalité du compte 2004 et l'égalité entre résultat économique et comptable.

LE SUIVI ET L'ANALYSE SOCIALE

➤ LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DU FONDS

Le conseil de surveillance, présidé par Jean-Marie ROLLAND, député de l'Yonne, s'est réuni à deux reprises en 2004.

Lors de sa séance du 23 juin, le conseil a pris connaissance du rapport d'activité 2003 du Fonds CMU et des études conduites par celui-ci sur la détermination des coûts moyens de dépenses par bénéficiaire de la CMU-C, tant dans les régimes d'assurance maladie obligatoires que dans les organismes complémentaires santé.

Le conseil de surveillance a également étudié avec le plus grand intérêt les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé actualisés en 2004 par la CNAMTS et la MSA. Le niveau de l'aide a été relevé de 115 € à 150 € et le champ étendu jusqu'à un seuil de ressources supérieur de 12,7 % au plafond de la CMU-C. La CANAM a pour sa part annoncé qu'elle allait également adapter son dispositif.

La seconde réunion du conseil de surveillance a eu lieu le 1^{er} décembre 2004.

Le conseil a débattu de deux points : d'une part des mesures législatives impactant la CMU introduites par la loi du 13 août 2004 et le projet de loi de finances pour 2005, d'autre part d'une étude conduite à la demande des associations membres du conseil sur les difficultés rencontrées par les demandeurs de la CMU sur un plan administratif.

S'agissant du premier point, le dispositif du crédit d'impôt et les mesures du projet de loi de finances qui ont un impact direct sur l'équilibre financier du Fonds ont été présentés. C'est la revalorisation de 1,5 % du montant de la déduction, ainsi portée à 304,52 €, qui a retenu particulièrement l'attention et surtout les critiques des représentants des organismes complémentaires et des régimes de base : ceux-ci ont considéré que cette hausse était très insuffisante au regard de la réalité des dépenses supportées par les gestionnaires.

S'agissant du second point, les représentants des associations ont unanimement salué le travail mené conjointement par le Fonds et la CNAMTS (cf. annexe 12). La discussion s'est centrée sur le problème des délais de diffusion des cartes VITALE. Depuis que ces cartes sont entrées complètement dans les mœurs des assurés sociaux et des professionnels de santé, le fait de ne pas en disposer constitue un véritable handicap, particulièrement pour les bénéficiaires de la CMU. Il a été constaté que les délais pour obtenir une carte sont encore trop longs et peuvent dans certains cas atteindre des durées difficilement supportables (cas des assurés immatriculés sous un numéro provisoire). Le conseil a mandaté son président pour qu'il saisisse le président du conseil de surveillance de la CNAMTS de ce problème, afin que la prochaine Convention d'objectifs et de gestion introduise dans ses indicateurs de mesure de la qualité du service rendu aux assurés, la donnée relative aux délais de distribution des cartes VITALE.

➤ APPRECIATION QUALITATIVE

La création du « crédit d'impôt »

Comme le souhaitait monsieur Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre de la santé et de l'assurance maladie, c'est par un amendement gouvernemental qu'a été introduit dans la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le principe d'un « crédit d'impôt » au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire de santé individuels. C'est l'article 56 de la loi qui en fixe les règles. Cet article a créé les articles L. 863-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Le décret n° 2004-1450 du 23 décembre 2004 (articles R. 863-1 à R. 863-6 et R. 863-11 et suivants) précise les conditions d'application de ce texte.

Cette mesure était réclamée par la Fédération nationale de la mutualité française. Elle faisait partie des 25 propositions adoptées par le 37^{ème} congrès de la FNMF, tenu à Toulouse en juin 2003.

Le dispositif mis en place n'est pas celui préconisé par la Mutualité française qui consistait en un crédit d'impôt généralisé, d'un même montant pour tous : 155 € par adulte et 40 € par enfant à charge (dans la limite de deux). Dans le schéma envisagé, le crédit d'impôt avait pour but de diminuer d'autant le montant de l'impôt à payer pour les personnes imposables et se traduisait par le versement d'une prime équivalente pour les personnes non imposables. Selon les termes de la Mutualité Française, le système effectivement mis en place tout en contribuant à lisser les effets de seuils de la CMU complémentaire en permettant à une population nouvelle d'entrer dans le droit commun de la complémentaire santé par l'adhésion à des garanties statutaires « laisse subsister des inégalités sur les avantages sociaux et fiscaux qui continue d'entraver la généralisation de la couverture complémentaire santé ».

Le texte promulgué ne va donc pas aussi loin que la demande de la FNMF, mais cible potentiellement une population de deux millions de personnes. C'est en effet, selon les statistiques de revenus, l'effectif de la population française se situant entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 15 %.

L'appréciation des ressources sera fait par les caisses d'assurance maladie des régimes de base dans les mêmes conditions que pour l'octroi de la CMU complémentaire (formulaire unique). Le montant du crédit d'impôt est variable en fonction de l'âge des bénéficiaires. Son montant est de 150 € par personne âgée de 25 à 59 ans, de 75 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans et de 250 € pour celles âgées de 60 ans et plus. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de l'année où le bénéficiaire exerce son droit auprès d'un organisme complémentaire. Le montant du crédit d'impôt est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due.

Après instruction de son dossier, si le demandeur remplit les conditions, la caisse lui remet une attestation de droit par bénéficiaire âgé de 16 ans révolus (les personnes de moins de 16 ans figurent sur l'attestation du demandeur). L'attestation comprend deux parties : une partie haute renseignée par la caisse, une partie basse réservée à l'organisme complémentaire. La partie haute comporte notamment l'identité et l'adresse de chaque membre du foyer concerné par l'attestation, le montant de l'aide ouverte à chaque membre du foyer ainsi que le montant total pour l'ensemble du foyer, les dates de début de fin de validité de l'attestation (le bénéficiaire dispose d'un délai de 6 mois à partir de la date mentionnée par la caisse pour utiliser l'attestation). L'attestation est datée, signée et tamponnée par la caisse.

Sur présentation de l'original de l'attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance, l'intéressé bénéficie, sur le montant de sa prime ou cotisation, d'une réduction égale au crédit d'impôt sur un contrat d'assurance santé individuel en cours ou sur celui qu'il a choisi de souscrire. L'organisme remplit la partie basse de l'attestation qui mentionne notamment le numéro du contrat d'assurance complémentaire concerné, le montant de la prime ou cotisation annuelle avant réduction et le montant annuel du crédit d'impôt venant en réduction du montant de la prime ou de la cotisation annuelle. Le droit à réduction est ouvert pour un an et prend effet à la date de remise de l'attestation sur un contrat en cours, à la date d'effet du contrat ou de l'adhésion sur un nouveau contrat. L'organisme date, signe, appose son cachet sur l'attestation qu'il conserve.

Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer. Si un contrat vaut par exemple 400 € et que la déduction est de 150 €, le bénéficiaire ne paiera que la différence, soit 250 €. L'organisme complémentaire est alors, de fait, remboursé de cette somme par le Fonds CMU, puisqu'il peut déduire le crédit d'impôt de la contribution, assise sur son chiffre d'affaires santé, versée trimestriellement à l'URSSAF pour le compte du Fonds. La déduction est opérée trimestriellement par quart du montant annuel du crédit d'impôt, dans les mêmes conditions que les déductions opérées par les organismes complémentaires au titre de la gestion de chaque bénéficiaire de la CMU.

Le bénéficiaire peut choisir n'importe quel contrat de complémentaire santé dès lors qu'il est à adhésion individuelle et qu'il ne prend pas en charge la participation forfaitaire introduite par l'article 20 de la loi et figurant désormais à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (un euro par acte ou consultation médicale). Le contrat de sortie CMU est éligible à cette aide. Le crédit d'impôt ne s'applique pas aux contrats collectifs à adhésion obligatoire.

Le dispositif introduit par l'article 56 de la loi présente un certain nombre d'analogies avec les dispositifs dits d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, mis en place par la CNAMTS, les caisses de MSA ou la CANAM, sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale. En conséquence, ces dispositifs sont appelés à disparaître et les crédits correspondant seront redéployés. La loi et son décret d'application prévoient donc que le « crédit d'impôt » sera financé à travers une dotation de l'assurance maladie, répartie entre les régimes, et versée au Fonds CMU pour équilibrer son budget en face des déductions opérées par les organismes complémentaires à ce titre.

De nouvelles recettes pour le Fonds CMU en 2005

La loi d'août 2004 suscitée a modifié le périmètre des recettes du Fonds en ajoutant à l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale, après la dotation de l'Etat et la contribution des organismes complémentaires, un c) : « une dotation globale de l'assurance maladie versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 ». Ce dernier article du code renvoie à la clé de répartition de la dotation globale hospitalière entre régimes d'assurance maladie.

Selon l'article R. 862-11 modifié par le décret n° 2004-1450 du 23 décembre 2004, le montant de cette dotation globale ainsi que sa répartition entre les régimes d'assurance maladie sont fixés, chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Ce montant ne peut excéder, au titre d'un exercice, le montant total des déductions relatives au crédit d'impôt opérées par les organismes complémentaires.

« Dans le cas contraire, la différence entre le montant de la dotation versée et les déductions opérées donne lieu à une régularisation qui intervient dans l'arrêté pris au titre de l'année suivante ». Autrement dit, la dotation de l'assurance maladie ne peut dépasser la somme des déductions relatives au crédit d'impôt. Par contre, si la dotation a été sous évaluée une année donnée, elle ne sera pas régularisée l'année suivante.

La dotation sera versée au Fonds CMU par la CNAMTS pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dans des conditions prévues par convention entre le Fonds, la CNAMTS et l'ACOSS.

La loi de finances pour 2005 a également inscrit un nouveau type de recettes pour le Fonds : le produit de la cotisation mentionnée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale, c'est à dire la cotisation de 0,13 € par décilitre vendu de boissons d'une teneur en alcool supérieur à 25 pour cent en volume. Les recettes des douanes verseront ces sommes directement sur le compte du Fonds par l'intermédiaire de l'Agence comptable centrale du Trésor.

Le rendement prévisionnel de cette cotisation est de 370 M€ pour 2005. Ce montant réduira mécaniquement celui de la dotation budgétaire de l'Etat qui équilibre les comptes du Fonds.

En matière de dépenses du Fonds, la loi de finances a revalorisé le montant annuel du forfait pour la gestion de chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire à 304,52 € (+ 1,5 %), soit 76,13 € par trimestre.

L'attitude des professionnels de santé

Les associations humanitaires font état de refus de soins opposés par des professionnels de santé aux bénéficiaires de la CMU. L'association Médecins du Monde a réalisé une enquête téléphonique de « testing » auprès de dentistes de la région parisienne, qui a confirmé que les refus de fixer un rendez-vous étaient nombreux.

Les questions que le Fonds reçoit sur son site témoignent aussi que des difficultés existent, sans permettre néanmoins de mesurer l'ampleur du phénomène. Elles indiquent surtout qu'il s'agit de problèmes divers, qui n'appellent pas nécessairement la même réponse. Quelques exemples : ne pas trouver un dentiste qui accepte de fixer un rendez-vous, ne pas se voir proposer une prothèse dentaire ou une paire de lunettes dans les tarifs reconnus par la CMU, se voir imposer un dépassement tarifaire, ne pas pouvoir bénéficier du tiers payant, ne pas trouver de professionnels de santé à consulter pour certaines spécialités, se trouver dans une clinique conventionnée où le médecin demande un paiement direct, s'entendre dire que seuls les médecins agréés par la CMU peuvent prendre en charge ces patients. Le champ des questions est divers, et il est souvent difficile de déterminer la part qui revient à des refus de soins, à des attitudes dilatoires, à des manques d'information dans un domaine particulièrement complexe, à des incompréhensions, voire à de simples erreurs.

La problématique des refus de soins a été ravivée récemment par la polémique de fin 2004, déclenchée par la motion d'un syndicat dentaire recommandant à ses membres de n'inscrire les bénéficiaires de la CMU qu'en dernier sur les listes d'attente, de se contenter d'effectuer les seuls soins en urgence et d'ajourner les soins prothétiques en attendant une revalorisation des barèmes. La réaction très ferme du Ministre a mis un terme à la polémique, mais ne garantit pas que les choses se passent plus facilement sur le terrain.

En droit, le refus de soins est une infraction et une faute déontologique. Les professionnels de santé ont obligation d'accueillir les bénéficiaires de la CMU comme n'importe quel assuré social, de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale (ou les barèmes définis pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'optique et les dispositifs médicaux) et de pratiquer le tiers payant. La circulaire de la DSS N° 81/2001 du 12 février 2001 rappelle les procédures de sanctions, devant la direction de la consommation et devant les conseils de l'ordre concernés. Ces dispositions juridiques ne sont que très rarement utilisées : les bénéficiaires ne souhaitent ou ne peuvent généralement pas se lancer dans une procédure complexe et aléatoire, alors que leur principale préoccupation est d'accéder aux soins dans de bonnes conditions.

L'absence de plaintes, le niveau des consommations de soins moyennes des bénéficiaires ne signifient pas que tout se passe bien : les questions posées par les usagers aux différents services attestent de ces difficultés. Elles concernent principalement certaines zones géographiques (Paris et petite couronne, zone méditerranéenne), les professions dentaires et certaines spécialités (psychiatrie, gynécologie, ophtalmologie). Certaines prestations CMU hors prestations reconnues par la sécurité sociale semblent rarement proposées, avec des devis comparatifs et des explications permettant au patient de se situer en connaissance de cause (optique et prothèses dentaires).

Afin de mieux connaître la situation, la CNAMTS prépare pour début 2005 une circulaire, dans le cadre de l'article L 162-1-11 du code de la sécurité sociale qui fait obligation aux caisses d'informer et d'aider les assurés à accéder aux soins : elle incite les caisses à recueillir systématiquement les réclamations orales ou écrites des usagers pour les recenser et leur donner une suite.

Le contrôle médical devra joindre les professionnels de santé pour leur rappeler leurs obligations et pour identifier des difficultés éventuelles. La circulaire vise aussi à donner une réponse pratique aux usagers en les aidant dans leurs démarches, plutôt qu'à mettre l'accent sur une procédure contentieuse qui n'est pas véritablement opérationnelle.

Le Fonds CMU, pour sa part, va chercher à lancer des études sur ce thème afin de mieux l'appréhender et le quantifier.

2004 a été une année difficile en matière statistique

Décompter les bénéficiaires d'une prestation est toujours un exercice délicat : le décompte des effectifs est effectué par les caisses nationales des régimes obligatoires à partir de fichiers de gestion. Le décompte est donc le sous-produit d'une base qui a d'autres finalités. En matière d'assurance maladie, les problèmes sont accrus par rapport à ceux d'autres branches comme les CAF, parce que la gestion est organisée pour rembourser des soins, et non pour verser des prestations en espèces (sauf pour les indemnités journalières), ce qui exigerait une identification plus précise des bénéficiaires.

Les contrôles, notamment occasionnés par la mise en place de la procédure de remboursement forfaitaire des assurés gérés par les régimes obligatoires, ont mis à jour des anomalies dans les décomptes. L'année 2004 a été une période difficile marquée par des dysfonctionnements techniques dans les filières de collecte de l'information statistique.

Du côté de la CNAMTS, une modification de la procédure de traitement informatique des identifiants des assurés avait été introduite courant 2003, sans que le service statistique en soit informé : avant cette modification du traitement informatique, lors d'un déménagement ou d'un changement d'immatriculation, le nouveau numéro « écrasait » et se substituait au numéro antérieur. Depuis cette modification, les deux numéros sont conservés entraînant la multiplication de doubles comptes (pour permettre notamment des paiements de décomptes arrivant tardivement, sous l'identifiant précédent).

Une modification du programme de requête statistique a été introduite à la mi-2004, pour éviter ces doubles comptes (environ 200 000 bénéficiaires en trop). Une estimation du redressement nécessaire a été réalisée pour 2003, en concertation entre la CNAMTS, la DREES et le Fonds CMU (voir historique corrigé). Les données complètes pour 2004 ont été rétablies en fin d'année 2004, mais il est encore un peu tôt pour estimer les effets définitifs de ce recalage (les chiffres d'un mois sont corrigés pendant 3 mois après leur première publication pour tenir compte des dossiers en cours).

Du côté de la CANAM, le passage d'un système de traitement statistique décentralisé à un traitement national à partir de la base ressources a posé d'importantes difficultés de mise au point. La communication des données a été interrompue pendant le second semestre, et la CANAM a dû reconstruire les données manquantes. Les résultats complets 2004 ont été communiqués au cours du 1^{er} trimestre 2005.

Les Sections locales mutualistes gèrent les assurés pour le compte de la CNAMTS. Les SLM doivent fournir à la CNAMTS les données concernant leurs effectifs pour la gestion au titre du régime obligatoire (à ce titre, ce sont les SLM étudiantes qui ont les effectifs les plus importants de bénéficiaires de la CMU-C). En parallèle, elles fournissent au Fonds CMU le nombre de bénéficiaires qu'elles gèrent comme organisme complémentaire (si ces SLM se sont inscrites sur la liste des organismes volontaires pour gérer la CMU-C). Les données se sont avérées incomplètes ou erronées.

Une très forte correction a été réalisée, après enquête systématique dans les SLM : 42 000 bénéficiaires en moyenne en 2003, 77 000 en 2004 ! Cette évolution ne correspond pas à un afflux soudain de demandeurs, mais à une rectification de données erronées.

Il faut souligner en conclusion que les filières d'information statistique ont été bousculées, et que certaines données ont été reconstruites. Les séries historiques sont donc à prendre avec une certaine prudence.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

Les données présentées ci-après sont le plus souvent des données de synthèse. Elles visent à fournir l'essentiel des informations caractérisant le dispositif. Le Fonds tient à disposition des personnes intéressées des tableaux plus complets sous un format numérique.

. Rappel des années précédentes

La CMU a été mise en œuvre le 1^{er} janvier 2000, date à laquelle elle a pris le relais de l'aide médicale départementale qui concernait environ 3,3 millions de personnes. En décembre 2000, 5 millions de personnes étaient protégées par la CMU complémentaire, dont environ 600 000 dans les DOM. 390 000 avaient fait le choix d'exercer leur droit par l'intermédiaire d'un organisme complémentaire.

Après des mouvements importants qui ont affecté le nombre de bénéficiaires, au 31 décembre 2001, il y avait 4 716 000 bénéficiaires, dont 617 000 dans les DOM. 630 000 avaient choisi un organisme complémentaire. 2002 fut une année de stabilisation et de légère décade de la prestation dans un contexte économique plutôt favorable : 4 570 000 bénéficiaires, dont 590 000 dans les DOM, la part relative des organismes complémentaires continuant à progresser lentement.

En 2003, l'inversion de tendance fut nette, en raison de la dégradation de la situation de l'emploi. La progression de 2003 fut toutefois atténuée par rapport aux données du rapport d'activité de l'année dernière, à la suite de la procédure de recadrage statistique. Au 31 décembre 2003, 4 712 000 personnes bénéficiaient de la CMU-C (+ 3 %), dont 622 000 dans les DOM (+ 5,4 %). La part des bénéficiaires gérés par les OC (661 000) tendait à baisser légèrement, en raison notamment des retraits d'un grand nombre d'organismes de la liste des gestionnaires de la CMU au 1^{er} janvier 2003.

La croissance fut un peu plus soutenue dans les DOM fin 2003, suite à la mesure de majoration du plafond appliquée à partir de septembre 2003. Mais cette mesure elle-même plafonna rapidement en 2004 : elle a amené à la prestation environ 20 000 bénéficiaires supplémentaires, et a surtout eu un effet en évitant des sorties de personnes proches du plafond.

	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Effectifs de bénéficiaires				
Janvier 2000 (estimation)	2 750 000	550 000	3 300 000	
déc-00	4 443 555	616 280	5 059 835	389 085
déc-01	4 098 873	617 128	4 716 001	630 426
déc-02	3 978 298	590 696	4 568 994	668 086
déc-03	4 089 261	622 479	4 711 740	661 473
déc-04 estimation	4 110 000	597 000	4 707 000	646 000
Croissance en %				
Décembre 2001 / décembre 2000	-7,8 %	0,1 %	-6,8 %	62,0 %
Décembre 2002 / décembre 2001	-2,9 %	-4,3 %	-3,1 %	6,0 %
Décembre 2003 / décembre 2002	2,8 %	5,4 %	3,1 %	-1,0 %
Décembre 2004 / décembre 2003	0,5 %	-4,0 %	0,0 %	-2,3 %

Source : tous régimes d'attribution

La série historique mensuelle complète peut être consultée en annexe 2.

. L'évolution du nombre de bénéficiaires 2004 : données globales

En 2004, en s'appuyant sur les premières données de la CNAMTS pour les derniers mois, l'estimation du Fonds montre une quasi stagnation des effectifs en métropole, et une faible baisse dans les DOM. Pour les OC, les effets de la sortie des organismes complémentaires se font sentir par une baisse de 2 %.

Cette très grande stabilité du nombre de bénéficiaires de la CMU-C pour la métropole contraste avec la forte augmentation de celui du RMI, qui constitue pourtant environ la moitié des effectifs de CMU complémentaire.

La part des organismes complémentaires s'effrite légèrement, mais de façon continue sur 2 ans.

Stock des bénéficiaires	Métropole	DOM	Total CMU	Dont OC	Part des OC
déc-02	3 978 298	590 696	4 568 994	668 086	14,6 %
déc-03	4 089 261	622 479	4 711 740	661 473	14,0 %
mars-04	4 122 879	622 404	4 745 283	666 191	14,0 %
juin-04	4 143 494	622 818	4 766 312	666 866	14,0 %
sept-04	4 103 124	602 590	4 705 714	651 604	13,8 %
déc-04-estimation	4 110 000	597 000	4 707 000	646 000	13,7 %

Source : tous régimes d'attribution

. Les entrées et sorties dans la prestation

Ce phénomène est difficile à appréhender. La CNAMTS fournit néanmoins une analyse de ces mouvements dans une production statistique spécifique. L'historique du tableau (France entière) montre que le nombre total des nouveaux bénéficiaires augmente progressivement, ceux choisissant la « gestion par le régime obligatoire » comme, selon un rythme différent, ceux choisissant l'option « gestion par un régime complémentaire ».

Le nombre de bénéficiaires sortants, particulièrement ceux de la « gestion par un régime complémentaire » augmente : la baisse des effectifs en gestion OC provient donc des sorties, et non de la baisse des nouvelles demandes.

La répartition entre 1/3 de nouveaux bénéficiaires et 2/3 de bénéficiaires dont le droit a été renouvelé reste globalement stable. Ce taux de rotation est d'ailleurs proche de celui du RMI.

Il convient toutefois de prendre en compte le fait qu'une partie des nouveaux bénéficiaires sont des personnes venues tardivement renouveler leurs droits. En principe, une personne se présentant plus d'un mois après la fin de son droit est considérée comme un nouveau demandeur. La CMU est une prestation en nature, ce qui peut favoriser les recours tardifs, qui ne se manifestent que lorsque le besoin de soins se fait ressentir.

Flux Moyenne mensuelle	Dossiers gérés par les CPAM			Dossiers gérés par les OC		
	Nouveaux bénéf	Renouvellements	Sortants	Nouveaux bénéf	Renouvellements	Sortants
2001	73 672	235 035	99 778	17 129	31 096	8 340
2002	88 856	204 521	101 496	18 139	30 244	15 122
2003	98 154	201 390	98 973	16 427	29 901	16 266
2004 *	101 325	191 634	118 203	17 914	26 338	19 685

Source : CNAMTS

* Chiffres provisoires

. La répartition entre les régimes

Le tableau qui suit retrace l'évolution du nombre de bénéficiaires relevant de la CNAMTS, de la CCMSA, de la CANAM et des autres régimes (autres régimes et SLM).

	CNAMTS		CCMSA		CANAM		Autres régimes/SLM		Total CMU	
	Métropole	DOM	Métropole	DOM	Métropole	DOM	Métropole	DOM	Métropole	DOM
déc-02	3 673 871	569 352	145 313	14 926	123 454	4 881	35 660	1 537	3 978 298	590 696
mars-03	3 804 021	581 685	142 315	14 998	119 252	4 923	46 158	1 691	4 111 746	603 297
juin-03	3 822 203	584 423	142 137	15 372	124 349	5 357	50 161	1 891	4 138 850	607 043
sept-03	3 733 208	572 950	139 207	14 843	115 142	5 094	55 161	1 891	4 042 718	594 778
déc-03	3 762 879	600 250	139 201	14 406	127 225	5 932	59 956	1 891	4 089 261	622 479
mars-04	3 771 589	600 553	139 204	15 603	129 688	6 248	82 398	0	4 122 879	622 404
juin-04	3 781 004	600 539	141 075	15 942	132 478	6 337	88 937	0	4 143 494	622 818
sept-04	3 736 464	562 782	140 267	15 285	135 536	6 523	90 857	0	4 103 124	584 590
déc-04	3 740 000	576 000	138 991	14 444	139 328	6 689	91 733	0	4 110 000	597 000

Source : tous régimes d'attribution.

Les données de la CNAMTS en décembre 2004 sont estimées à partir de chiffres provisoires. Les nombres de bénéficiaires de la CANAM, des autres régimes et SLM sont en forte progression.

. La répartition par type de gestionnaire

Le nombre des personnes choisissant la gestion de la CMU-C par un organisme complémentaire est en très légère baisse. Les organismes sortant de la gestion de la CMU, nombreux, ont contribué à faire baisser les effectifs. On a vu que les primo demandeurs semblent toujours aussi nombreux à faire le choix d'un OC. La baisse des effectifs serait donc due principalement aux sorties et aux transferts de gestion vers les régimes obligatoires à l'occasion du renouvellement des droits. Ces évolutions restent néanmoins mineures et sur des chiffres assez faibles.

Les taux de choix d'organisme complémentaires sont très variables selon les régimes d'attribution. Au 31 décembre 2004, les bénéficiaires se répartissent entre les principaux régimes comme suit.

Régime D'attribution	Gestion		Total	Ratio gestion OC
	Régimes de base	Organisme complémentaire		
Régime général	3 767 000	549 000	4 316 000	12,7 %
CCMSA	130 842	22 593	153 435	14,7 %
CANAM	112 701	33 316	146 017	22,8 %
Autres/SLM	50 201	41 532	91 733	45,3 %
Total	4 060 744	646 441	4 707 185	13,7 %

Source : tous régimes d'attribution

Le choix d'un organisme complémentaire est plus fort chez les travailleurs indépendants (23 %) et les agriculteurs exploitants. Il est plus faible dans les régimes salariés (CNAMTS et salariés agricoles).

Il est aussi particulièrement important dans les SLM, en raison des mutuelles de la fonction publique qui continuent de gérer des contrats CMU.

La répartition géographique des choix d'option de gestion entre les régimes de base et les organismes complémentaires révèle de grandes disparités selon les régions (cf. tableau page suivante).

On constate une forte prégnance des traditions locales, qui influe sur les attitudes des usagers.

Juin 2004 Hors SLM et autres régimes	Gestion par le régime obligatoire	Gestion par les organismes complémentaires	Total	Ratio OC/total
Alsace	70 138	4 319	74 457	5,80 %
Aquitaine	155 026	30 401	185 427	16,40 %
Auvergne	57 331	12 316	69 647	17,68 %
Basse-Normandie	61 570	25 399	86 969	29,20 %
Bourgogne	62 139	25 630	87 769	29,20 %
Bretagne	85 535	39 694	125 229	31,70 %
Centre	111 811	25 332	137 143	18,47 %
Champagne-Ardenne	85 982	14 689	100 671	14,59 %
Corse	16 148	3 186	19 334	16,48 %
Franche-Comté	48 065	11 926	59 991	19,88 %
Haute-Normandie	113 471	17 037	130 508	13,05 %
Ile-de-France	713 825	59 570	773 395	7,70 %
Languedoc-Roussillon	241 769	28 604	270 373	10,58 %
Limousin	36 289	4 727	41 016	11,52 %
Lorraine	109 447	16 981	126 428	13,43 %
Midi-Pyrénées	162 593	15 235	177 828	8,57 %
Nord-Pas-de-Calais	407 577	27 771	435 348	6,38 %
Pays-de-la-Loire	119 478	37 931	157 409	24,10 %
Picardie	133 981	7 179	141 160	5,09 %
Poitou-Charentes	86 831	16 627	103 458	16,07 %
PACA	397 414	31 819	429 233	7,41 %
Rhône-Alpes	244 432	74 265	318 697	23,30 %
Métropole	3 520 852	530 638	4 051 490	13,10 %
Guadeloupe	66 858	64 910	131 768	49,26 %
Martinique	79 414	26 419	105 833	24,96 %
Guyane	53 784	3 002	56 786	5,29 %
Réunion	328 121	166	328 287	0,05 %
DOM	528 177	94 497	622 674	15,18 %
Total	4 049 029	625 135	4 674 164	13,37 %

Source : 3 grands régimes d'attribution

. La répartition géographique des bénéficiaires de la CMU

En moyenne, 7,6 % de la population est protégée par la CMU complémentaire en juin 2004 (7,8 % en ajoutant les SLM, dont les données ne sont pas ventilées territorialement et ne peuvent être intégrées aux tableaux), avec une très forte différence entre la métropole (7 %) et les DOM (36 %). Le tableau ci-dessous indique la densité régionale des bénéficiaires de la CMU. Les chiffres présentés sont ceux de juin 2004, considérés comme définitifs.

Juin 2004 Hors SLM et autres régimes	Population 2003 INSEE	CMU Tous régimes	RMI Juin 2004	Taux CMU/ population	Taux RMI/ population	Taux RMI/CMU
Alsace	1 775 390	74 457	43 830	4,2 %	2,5%	58,9 %
Aquitaine	2 988 395	185 427	100 140	6,2 %	3,4%	54,0 %
Auvergne	1 314 476	69 647	35 899	5,3 %	2,7%	51,5 %
Basse-Normandie	1 436 134	86 969	39 765	6,1 %	2,8%	45,7 %
Bourgogne	1 612 397	87 769	38 755	5,4 %	2,4%	44,2 %
Bretagne	2 977 932	125 229	60 409	4,2 %	2,0%	48,2 %
Centre	2 466 617	137 143	67 853	5,6 %	2,8%	49,5 %
Champagne-Ardenne	1 336 741	100 671	46 355	7,5 %	3,5%	46,0 %
Corse	265 999	19 334	10 631	7,3 %	4,0%	55,0 %
Franche-Comté	1 130 532	59 991	27 356	5,3 %	2,4%	45,6 %
Haute-Normandie	1 787 319	130 508	65 986	7,3 %	3,7%	50,6 %
Ile-de-France	11 131 412	773 395	363 427	6,9 %	3,3%	47,0 %
Languedoc-Roussillon	2 401 838	270 373	144 543	11,3 %	6,0%	53,5 %
Limousin	710 645	41 016	17 896	5,8 %	2,5%	43,6 %
Lorraine	2 319 109	126 428	68 614	5,5 %	3,0%	54,3 %
Midi-Pyrénées	2 637 957	177 828	94 824	6,7 %	3,6%	53,3 %
Nord-Pas-de-Calais	4 013 107	435 348	232 768	10,8 %	5,8%	53,5 %
Pays de la Loire	3 312 473	157 409	79 214	4,8 %	2,4%	50,3 %
Picardie	1 869 386	141 160	62 848	7,6 %	3,4%	44,5 %
Poitou-Charentes	1 668 337	103 458	55 274	6,2 %	3,3%	53,4 %
PACA	4 665 051	429 233	238 872	9,2 %	5,1%	55,7 %
Rhône-Alpes	5 813 733	318 697	146 786	5,5 %	2,5%	46,1 %
Métropole	59 634 980	4 051 490	2 042 045	6,8 %	3,4%	50,4 %
Guadeloupe	434 712	131 768	68 971	30,3 %	15,9%	52,3 %
Martinique	388 358	105 833	64 253	27,3 %	16,5%	60,7 %
Guyane	172 504	56 786	30 094	32,9 %	17,4%	53,0 %
Réunion	740 961	328 287	193 633	44,3 %	26,1%	59,0 %
DOM	1 736 535	622 674	356 951	35,9 %	20,6%	57,3 %
Total	61 371 515	4 674 164	2 398 996	7,6 %	3,9%	51,3 %

Sources : 3 grands régimes d'attribution, CNAF, INSEE

Le tableau présente de fortes variations régionales qui sont cohérentes avec les autres indicateurs de pauvreté.

Les régions à forte densité de bénéficiaires (9 % et plus) sont la zone méditerranéenne et le Nord-Pas-de-Calais.

Les régions à très faible densité (moins de 5 %) : Alsace, Bretagne, Pays de la Loire sont quant à elles caractérisées par leur dynamisme économique et par des situations sociales équilibrées.

La région Ile-de-France, qui représente à elle seule 17 % des bénéficiaires, connaît des évolutions internes contrastées : la Seine-Saint-Denis, et Paris dans une moindre mesure, ont une forte densité de bénéficiaires.

Les DOM ont une situation atypique, particulièrement La Réunion : 44 % de la population bénéficie la CMU-C. Les DOM représentent 13 % de la totalité des bénéficiaires (3 % de la population française).

En volume, trois départements ont des chiffres très importants en nombre de bénéficiaires : les Bouches-du-Rhône (234 000), le Nord (285 000) et surtout La Réunion (328 000).

Les bénéficiaires du RMI constituent environ la moitié des effectifs de la CMU complémentaire. L'écart par rapport à la moyenne est un indicateur de l'intensité de la pauvreté : pour s'en tenir aux grandes régions, l'écart est important entre PACA, avec 51 % de bénéficiaires de la CMU percevant le RMI (concentration de « pauvres très pauvres ») et l'Ile-de-France (39 %). Au niveau départemental, les écarts sont encore plus nets.

. CMU et RMI : évolution contrastée des deux prestations

La CMU et le RMI sont des prestations très proches, en raison de leur définition juridique (le contenu des bases ressources, la définition du foyer), et parce que le RMI, dont le plafond est inférieur de 40 % à celui de la CMU, fournit la moitié des effectifs de la CMU. Le tableau suivant s'appuie sur les données de juin, afin de reposer sur des chiffres définitifs.

	Historique	Effectifs "juin00"	Effectifs "juin01"	Effectifs "juin02"	Effectifs "juin03"	Effectifs "juin04"
RMI	Métropole	1 951 820	1 858 407	1 832 466	1 866 082	2 042 045
	DOM	283 523	304 267	320 319	331 233	356 951
	Total France	2 235 343	2 162 674	2 152 785	2 197 315	2 398 996
CMU	Métropole	3 930 936	4 655 301	4 102 335	4 128 850	4 093 773
	DOM	552 849	661 241	595 501	607 043	624 075
	Total France	4 483 785	5 316 542	4 697 836	4 735 893	4 717 848
RMI	Métropole		-4,8 %	-1,4 %	1,8 %	9,4 %
	DOM		7,3 %	5,3 %	3,4 %	7,8 %
	Total France		-3,3 %	-0,5 %	2,1 %	9,2 %
CMU	Métropole		18,4 %	-11,9 %	0,6 %	-0,8 %
	DOM		19,6 %	-9,9 %	1,9 %	2,8 %
	Total France		18,6 %	-11,6 %	0,8 %	-0,4 %

Source : régimes d'attribution, CNAF

Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, l'évolution du nombre de bénéficiaires de ces prestations ne présente pas de parallélisme, et ne permet pas de tirer de conclusions. Il est vrai que le RMI subit en 2004 une très forte augmentation, qui est due entre autres au transfert sur le RMI d'une part des bénéficiaires d'autres allocations chômage (Allocation de solidarité spécifique notamment).

En bonne logique, cette croissance du RMI aurait dû se répercuter sur la CMU, ce qui n'est pas le cas. Il est possible qu'une part des nouveaux bénéficiaires du RMI se trouvaient dans une tranche de revenus à peine supérieure, et donc bénéficiaient déjà de la CMU.

. Le cas des départements d'outre-mer

La situation des DOM est très particulière : ils abritent 2,8 % de la population française mais 13 % des effectifs des bénéficiaires de la CMU. Le tableau suivant est arrêté en juin 2004 (chiffres définitifs). Il montre des évolutions très contrastées selon les départements d'outre-mer.

DOM	Pop 2003	déc-01	juin-02	déc-02	juin-03	déc-03	juin-04
Guadeloupe	434 712	101 666	107 944	123 959	134 522	144 486	131 768
Martinique	388 358	93 257	104 116	98 411	97 813	99 938	105 833
Guyane	172 504	34 178	42 642	44 654	53 509	53 523	56 786
Réunion	740 961	367 456	338 614	322 135	323 354	322 641	328 287
DOM	1 736 535	596 557	593 316	589 159	609 198	620 588	622 674
Guadeloupe			6,2 %	14,8 %	8,5 %	7,4 %	-8,8 %
Martinique			11,6 %	-5,5 %	-0,6 %	2,2 %	5,9 %
Guyane			24,8 %	4,7 %	19,8 %	0,0 %	6,1 %
Réunion			-7,8 %	-4,9 %	0,4 %	-0,2 %	1,7 %
DOM			-0,5 %	-0,7 %	3,4 %	1,9 %	0,3 %

Source : 3 grands régimes d'attribution, INSEE

La Martinique a environ 27 % de sa population bénéficiaire de la CMU, la Guadeloupe 30 % (le non renouvellement automatique des bénéficiaires en Guadeloupe a amené à une forte baisse des effectifs début 2004), la Guyane 33 %. La Réunion, avec 44 % de la population bénéficiaire de la CMU, est dans une situation particulière, due principalement à l'héritage de son système de protection sociale, qui accordait le tiers payant via l'attribution généralisée de l'aide médicale.

. La qualité des données

Les problèmes statistiques ont été évoqués en début de chapitres. Mais il faut rendre hommage aux organismes qui font un gros effort pour donner des chiffres complets.

La CNAMTS corrige sur 3 mois les données mensuelles dans la nouvelle procédure de requête statistique. Le Fonds ne dispose pas du recul suffisant pour disposer à ce stade d'une méthode de redressement fiable pour les données les plus récentes. Pour avoir des séries cohérentes, nous avons toutefois redressé, dans certains tableaux, les données de décembre 2004 d'environ 130 000.

La CANAM et la CCMSA fournissent des données de stock et entrants en fin de mois, sans correction.

Les petits régimes fournissent un état statistique trimestriel.

Les SLM doivent faire remonter auprès de la CNAMTS des données trimestrielles. De nombreuses erreurs ont été détectées, et un suivi plus continu de ces organismes est réalisé depuis.

De façon générale, les chiffres provenant des DOM semblent imprécis.

Structure et niveau des dépenses de CMU complémentaire

Les données recueillies par le Fonds portent sur le ticket modérateur, le forfait hospitalier et les dépassements tarifaires. Elles ne permettent donc pas d'analyser directement la consommation de soins des bénéficiaires mais seulement de mesurer la part complémentaire des dépenses de santé prise en charge. Ces données permettent de construire une estimation du coût moyen de la dépense complémentaire.

La date de publication de ce rapport d'activité ne permet pas d'avoir une vision suffisante des dépenses affectées à l'exercice 2004 en matière de structure des dépenses. Une part des dépenses de soins engagées en 2004 ne sera notifiée qu'au cours de l'année 2005 (environ 10 % des dépenses de l'exercice). Ces dépenses payées tardivement concernent principalement l'hospitalisation.

Les délais de liquidation s'améliorent avec la modernisation des procédures de transmission des données (généralisation des cartes Vitale, télétransmission pour les pharmacies et les hôpitaux). Les données concernant les DOM restent toutefois imprécises, ce qui rend difficile tout calcul d'un coût moyen.

. La structure des dépenses

Pour avoir une idée de l'évolution de la structure des dépenses sur 4 ans, la base la plus complète et homogène est celle de la CNAMTS pour la métropole, présentée ici.

Les dépenses 2000 sont données pour mémoire, car la gestion de la prestation était encore en rodage, avec une sous-consommation des forfaits de soins de ville. La nomenclature n'était pas encore maîtrisée : les honoraires médicaux des médecins généralistes, spécialistes et dentaires étaient mal différenciés. Les prestations hospitalières et les forfaits journaliers devaient être cumulés, car les modes de facturation écrasaient souvent la différence. Les décrets d'application sont parus tardivement pour le dentaire et l'optique.

La croissance du coût moyen est de 3 % en 2003, ce qui est inférieur à l'évolution de la moyenne des dépenses de santé (assurance maladie de base).

Le coût unitaire des dépenses de ville croît de 3,8 % en 2003, et on peut prévoir une faible croissance sur 2004. Les médicaments représentent environ 33 % de la dépense totale par personne en CMU-C.

En revanche, les forfaits de dépassements (prothèses et appareillages) ont une croissance rapide en 2003 (+ 14 %). L'offre de soins s'améliore en dentaire, et on peut penser que c'est dans ce domaine que le retard en matière d'accès aux soins, pour des raisons de ressources disponibles des ménages, est le plus fort. Les forfaits de dépassements représentent environ 10 % de la dépense totale de CMU-C.

Les dépenses hospitalières sont en baisse de 4 %. Elles représentent environ 21 % de la dépense totale de CMU-C pour la CNAMTS en métropole. Les dépenses hospitalières sont toujours plus difficiles à évaluer, en raison de facturations parfois tardives.

Le coût unitaire 2003 est de 309,8 € pour la CNAMTS, en métropole.

CNAMTS Métropole	En euros					
	2002	2003	2000	2001	2002	2003
	Dépenses totales		Dépense par personne			
Effectifs moyens			3 674 082	3 597 810	3 189 470	3 275 766
Montant total des prestations servies	959 074 115	1 014 807 032	237,3	277,4	300,7	309,8
1° Ticket modérateur	773 629 602	830 410 547	215,7	237,2	242,6	253,5
a) Honoraires (secteur privé)	177 365 309	181 521 227	68,1	50,9	55,6	55,4
a1) généralistes	115 819 020	122 544 036	66,7	33,1	36,3	37,4
a2) spécialistes	61 546 289	58 977 191	1,4	17,8	19,3	18,0
b) Honoraires dentaires	52 524 551	59 765 921	1,7	15,6	16,5	18,2
c) Honoraires des auxiliaires médicaux	40 370 650	42 071 502	10,7	11,9	12,7	12,8
d) Honoraires du secteur public	32 510 943	35 357 543	2,8	9,5	10,2	10,8
e) Médicaments et dispositifs médicaux	302 811 839	324 358 218	79,1	91,8	94,9	99,0
e1) médicaments	284 645 339	303 889 732	78,7	86,9	89,2	92,8
e2) dispositifs médicaux à usage individuel	18 166 501	20 468 486	0,4	4,9	5,7	6,2
f) Frais d'analyse et de biologie médicale	37 316 419	41 321 379	9,1	10,3	11,7	12,6
g) Frais de transport	9 090 668	10 141 358	2,0	2,6	2,9	3,1
h) Prestations hospitalières	118 963 494	132 634 821	42,2	44,6	37,3	40,5
i) Autres prestations (cures thermales...)	2 675 728	3 238 579	0,1	0,0	0,8	1,0
2° Forfait journalier hospitalier	95 519 956	78 516 110	11,6	14,8	29,9	24,0
3° Forfaits de dépassements :	89 924 557	105 880 374	10,0	25,4	28,2	32,3
a) Soins dentaires prothétiques,	64 630 759	79 473 561	9,0	18,1	20,3	24,3
b) Soins d'orthopédie faciale	9 148 814	9 819 933	0,3	2,3	2,9	3,0
c) Optique	15 267 896	15 675 862	0,6	4,7	4,8	4,8
d) Audioprothèse	877 088	911 018	0,0	0,3	0,3	0,3
e) Autres soins	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
4° Autres prestations	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rappel Ville (sans prest hospit)	654 666 108	697 775 727	173,5	192,6	205,3	213,0
Rappel Forfaits dépassements	89 924 557	105 880 374	10,0	25,4	28,2	32,3
Rappel Hospitalisation	214 483 450	211 150 931	53,8	59,4	67,2	64,5

Source : CNAMTS

Le tableau suivant compare la ventilation des dépenses de la CNAMTS, de la CANAM, de la CCMSA et une première indication pour les organismes complémentaires. La référence est toujours celle de 2003, pour la métropole.

La dépense de la CANAM et de la CCMSA est sensiblement plus faible que celle du régime général. La différence est surtout due aux dépenses hospitalières.

Métropole 2003	CNAMTS	CANAM	CCMSA	OC (partiel)
Effectifs	3 275 766	86 167	117 882	478 876
Montant total des prestations servies	309,8	270,9	288,1	283,4
1° Ticket modérateur :	253,5	221,1	237,3	223,7
a) les honoraires médicaux	55,4	48,7	56,8	55,8
a1) généralistes	37,4	29,0	38,5	38,0
a2) spécialistes	18,0	19,7	18,3	17,7
b) les honoraires dentaires	18,2	19,6	22,1	15,1
c) les honoraires des auxiliaires médicaux	12,8	11,6	12,8	13,8
d) les honoraires du secteur public	10,8	1,1	17,2	1,6
e) les médicaments et dispositifs médicaux	99,0	94,2	99,9	92,9
e1) médicaments	92,8	88,2	92,8	88,1
e2) dispositifs médicaux	6,2	6,1	7,1	4,8
f) les frais d'analyse et de biologie médicale	12,6	13,2	12,4	14,3
g) les frais de transport	3,1	1,6	2,6	2,7
h) les prestations hospitalières	40,5	30,6	13,3	25,1
i) les autres prestations (cures thermales...)	1,0	0,5	0,1	2,3
2° Du forfait journalier	24,0	14,8	20,8	24,2
3° Des forfaits de dépassements :	32,3	35,0	30,0	33,2
a) pour les prothèses dentaires	24,3	25,4	22,5	23,9
b) pour les soins d'orthopédie faciale	3,0	3,1	3,4	1,8
c) pour l'optique	4,8	5,9	3,8	5,5
d) pour l'audioprothèse	0,3	0,5	0,2	0,3
e) pour les autres soins	0,0	0,0	0,0	1,7
4° Des autres prestations	0,0	0,0	0,0	2,2
Ticket modérateur Ville	213,0	190,5	224,0	200,9
dont médicaments	92,8	88,2	92,8	88,1
Hôpital (TM+Forfait)	64,5	45,4	34,2	49,3
Dépassements	32,3	35,0	30,0	33,2
Ticket modérateur Ville	68,8 %	70,3 %	77,7 %	70,9 %
Hôpital (TM+Forfait)	20,8 %	16,7 %	11,9 %	17,4 %
Dépassements	10,4 %	12,9 %	10,4 %	11,7 %

Source : CNAMTS, CANAM, CCMSA, déclarations des organismes complémentaires

En dépit de ses imperfections, cette comparaison montre que la CNAMTS protège des assurés dont les dépenses sont les plus élevées, en premier lieu en matière d'hospitalisation : il est probable que les personnes dont l'état de santé est le plus mauvais font plus souvent le choix des CPAM pour gérer leur dossier (on sait qu'en matière de soins les dépenses sont très concentrées sur le dernier décile, voire le dernier centile de la population).

La CCMSA inscrit une partie des dépenses hospitalières dans la rubrique « honoraires du secteur public », ce qui modifie un peu la répartition du tableau. La dépense hospitalière se situe vers 51 €, donc 18 % de la dépense totale.

Les données concernant les organismes complémentaires sont partielles : elles comprennent les dépenses 2003 payées en 2003 et celles payées au cours des 3 premiers mois de 2004. La dépense est donc légèrement sous évaluée. Le tableau de la page suivante donne une évaluation globale de la dépense moyenne pour 2003. Sa décomposition par type de dépense ne peut être effectuée.

Les dépenses concernant les forfaits de dépassements sont très proches pour les différents organismes gestionnaires : l'état de santé moyen influe peu sur ces consommations de soins.

Les personnes dépendant de la CANAM et de la CCMSA sont plus proches d'une activité professionnelle. Celles qui ont choisi un OC sont probablement mieux insérées. Une étude par famille d'OC montre en revanche des différences importantes de dépense moyenne entre mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance. L'écart entre la dépense moyenne des OC et celle du régime général a néanmoins décru.

. Le niveau des dépenses pour 2004

Le coût unitaire pour 2004 peut faire l'objet d'une première estimation pour les régimes obligatoires, puisque nous disposons des dépenses 2004 payées en 2004, et d'une fourchette d'estimation construite d'une part sur la base des dépenses provisionnées par les régimes, et d'autre part sur le taux de report des dépenses payées en N+1 pour N lors des exercices précédents. Les données concernant les organismes complémentaires ne parviennent au Fonds qu'après la publication de ce rapport, et n'ont pas encore fait l'objet d'une estimation pour 2004.

La situation des DOM pose des difficultés d'exploitation telles qu'il semble préférable de ne pas les prendre en compte dans la situation actuelle : d'après les données de la CNAMTS, en prenant en compte les chiffres des DOM, le montant de la dépense moyenne France entière serait inférieure de 4 euros.

En euros

Métropole	Dépense unitaire par an			
	2001	2002	2003	2004 (estimation)
Régime général	277,4	300,7	309,8	327,8
Régime agricole CCMSA	250,2	266,8	288,1	303,0
Régime des travailleurs indépendants	224,0	250,2	270,9	276,0
Organismes complémentaires	261,0	273,4	296,3	
	Taux de croissance annuel			
	2001	2002	2003	2004 (estimation)
Régime général		8,4 %	3,0 %	5,49 %
Régime agricole CCMSA		6,6 %	8,0 %	5,20 %
Régime des travailleurs indépendants		11,7 %	8,3 %	1,90 %
Organismes complémentaires		4,6 %	4,4 %	

Source : CNAMTS, CCMSA, CANAM, déclarations des organismes complémentaires

➤ LA CONNAISSANCE DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

La place spécifique du Fonds dans le dispositif de protection sociale en fait un observatoire privilégié du monde des complémentaires santé.

Outre un suivi qualitatif rendu possible par les contacts réguliers avec les organismes complémentaires ou leurs fédérations, la réception des bordereaux trimestriels déclaratifs et la gestion de la liste nationale des organismes volontaires pour gérer des contrats CMU font du Fonds le détenteur de données originales.

Les évolutions du monde des complémentaires santé

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie comporte plusieurs dispositions qui permettent de parler d'un nouveau contexte pour le monde des complémentaires santé.

. Création d'une Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)

Le 8 décembre 2004, la FNMF, la FFSA et le CTIP se sont mis d'accord pour proposer au gouvernement les statuts de cette structure. Ces fédérations et le régime local d'Alsace Moselle sont les membres fondateurs de l'Union.

Constituée sous la forme d'une association, l'UNOCAM a les missions suivantes :

- examiner avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) les programmes annuels de négociation avec les professionnels de santé,
- déterminer avec elle les programmes de gestion du risque,
- participer aux négociations avec les professionnels de santé,
- organiser sa représentation auprès des instances où elle est appelée à siéger : Comité économique des produits de santé, Institut des données de santé,
- constituer un lieu d'échanges et de propositions sur toutes mesures et réformes permettant de résoudre les questions en commun avec l'Assurance maladie.

Cette union est dotée de 33 membres (17 représentants de la FNMF, 8 représentants de la FFSA, 7 représentants du CTIP et un représentant du régime local d'Alsace Lorraine). Cette répartition reflète l'importance relative de chacun dans les frais de soins de santé.

Les décisions y sont prises à la majorité simple dans le respect des propositions de son bureau composé de 6 membres (2 membres des 3 fédérations fondatrices) au sein duquel les décisions doivent être « l'expression du consensus ».

. Les contrats aidés

L'article 57 de la Loi du 13 août 2004 fixe les conditions que devront respecter les contrats de complémentaire santé pour bénéficier d'exonérations fiscales (taxe sur les conventions d'assurance) et de déductions fiscales et sociales pour ce qui concerne les contrats collectifs obligatoires. Ces contrats dits « aidés » ou « responsables » ne devront pas prendre en charge la participation forfaitaire d'un euro. Ils ne devront pas non plus prendre en charge tout ou partie de la majoration de la participation des assurés ne respectant pas le parcours de soins (passage obligatoire par un médecin traitant et accès au dossier médical personnel).

Enfin, ces contrats devront rembourser au moins en partie, les consultations et prescriptions du médecin traitant et des actes de prévention, lesquels restent à définir.

Un cahier des charges fait actuellement l'objet de discussions entre les organismes complémentaires et la Direction de la Sécurité sociale, un décret en Conseil d'Etat devant être pris avant le 1^{er} janvier 2006.

Les positions des organismes complémentaires présentent certaines divergences à ce jour, comme en témoignent les positions respectives de la FNMF et de la FFSA : la FNMF recommande à ses mutuelles de ne pas prendre en charge les dépassements d'honoraires des médecins qui seront consultés hors du parcours de soin tandis que la FFSA estime que la non prise en charge d'une partie de la majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires est suffisante pour amener l'assuré à respecter le parcours de soins. Le CTIP a réaffirmé son souci de « privilégier les actes accomplis dans le cadre d'un parcours de soins responsable » mais sans exclure expressément la prise en charge des dépassements. Il souhaite en tout état de cause que le sujet fasse l'objet d'une concertation au sein de l'UNOCAM.

. Les effets de la réforme sur le prix des cotisations et des primes des contrats de complémentaire santé

La FNIM (Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles) a lancé dans le débat des chiffres qui ont eu un certain retentissement. La mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie pouvait se traduire selon elle par une très forte augmentation des cotisations de l'ordre de 12 % (incidence principale du nombre de consultations de généralistes et de l'augmentation des tarifs des spécialistes). Dans le même temps, la FNMF souhaite ne pas dépasser 5 % de hausse de cotisation. La FFSA confiante dans l'efficacité des mesures préconisées pour mieux maîtriser les dépenses de santé, table sur une augmentation entre 3 et 4 % des primes pour l'année 2005. Elle rejoint ainsi la position de Xavier Bertrand, le secrétaire d'Etat en charge de l'assurance maladie pour qui, si l'on prend l'augmentation des dépenses de santé prévue pour cette année combinée aux évolutions de tarifs « *les complémentaires santé ne devront pas augmenter leur tarif de plus de 4 à 5 %. Toute complémentaire qui va au-delà devra le justifier.* »

Le chiffre d'affaires des complémentaires santé

Les organismes complémentaires adressent chaque trimestre à l'URSSAF dont ils relèvent un bordereau déclaratif qui mentionne entre autre le montant de l'assiette de la contribution ainsi que le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire sous contrat. Ils envoient en parallèle une copie de ce document au Fonds (cf. en annexe 10 la liste des organismes les plus importants en matière d'assiette).

En milliers d'euros

	2001				2002			
	CA Santé	Structure	Nbre	Structure	CA Santé	Structure	Nbre	Structure
Assurances	3 692 075	21,02 %	117	6,87 %	3 990 660	21,20 %	122	7,90 %
IP	3 279 444	18,67 %	57	3,35 %	3 573 358	18,98 %	51	3,30 %
Mutuelles	10 593 559	60,31 %	1 528	89,78 %	11 264 022	59,83 %	1 371	88,80 %
Total	17 565 078		1 702		18 828 040		1 544	
					+ 7,19 %			

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires

En milliers d'euros

	2003				2004			
	CA Santé	Structure	Nbre	Structure	CA Santé	Structure	Nbre	Structure
Assurances	4 532 794	22,14 %	115	9,32 %	5 245 495	23,18 %	109	9,28 %
IP	3 809 370	18,61 %	50	4,05 %	4 040 936	17,85 %	50	4,26 %
Mutuelles	12 132 391	59,26 %	1 069	86,63 %	13 345 923	58,97 %	1 015	86,46 %
Total	20 440 267		1 234		22 632 354		1 174	
	+8,56 %				+10,54 %			

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires

En 2004, le nombre d'organismes s'établit à 1 174. Il est en constante diminution depuis 2000, date depuis laquelle il a baissé de plus de 30 %. Cette diminution est due essentiellement à des regroupements ou des disparitions de mutuelles consécutifs à la mise en application du nouveau code la mutualité.

Les mutuelles sont au nombre de 1 015, les sociétés d'assurance de 109, le nombre d'institutions de prévoyance s'élève quant à lui à 50.

L'ensemble du marché connaît une progression soutenue qui s'accélère chaque année pour aboutir au taux d'évolution annuel le plus important depuis 2001, puisqu'il s'établit à + 10,54 % en 2004 (évolution annuelle de + 7,19 % en 2002 et de + 8,56 % en 2003).

Les institutions de prévoyance représentent près de 18 % de ce marché alors qu'elles représentent 4 % du nombre des organismes. Il s'agit dans l'ensemble de grandes institutions de complémentaire santé (39 des 50 institutions de prévoyance ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 10 millions d'euros, 10 ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 100 millions d'euros). Elles font partie de groupes de protection sociale intervenant sur d'autres champs de l'assurance (retraite, décès, incapacité invalidité, etc.).

Les sociétés d'assurance, qui représentent près de 10 % des organismes, réalisent plus de 23 % du marché. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organisme. 53 (57 en 2003) ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 10 millions d'euros (dont 17 à plus de 100 millions d'euros contre 12 en 2003). Les autres ont en moyenne un chiffre d'affaires santé de 2,1 millions d'euros. Il s'agit principalement de petites structures, dans une moindre mesure de sociétés de taille importante mais dont l'activité santé apparaît marginale.

Quant aux mutuelles, elles représentent 86 % des organismes et 59 % du marché. Le monde de la mutualité malgré la mutation en cours demeure encore très morcelé. Ce constat est renforcé par le fait que le chiffre d'affaires des mutuelles substituées et qui existent encore juridiquement, est généralement intégré dans celui de la mutuelle qui se substitue (dite substituante). Le nombre de mutuelles dépasse donc en réalité celui affiché par le Fonds.

Sur 2004, 215 mutuelles (205 en 2003) ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 10 millions d'euros (dont 24 à plus de 100 millions d'euros contre 19 en 2003). Les autres ont en moyenne un chiffre d'affaires santé proche de 2 millions d'euros.

Au sein de la mutualité, en terme de chiffre d'affaires, trois grands blocs sont proches : les mutuelles interprofessionnelles (FNMI) représentent 30 % du marché, la mutualité fonction publique (MFP) et les autres mutuelles FNMF représentent chacune autour de 25 % de ce même marché. Les mutuelles de France (FMF), autre regroupement identifié au sein du monde FNMF ne représentent que 6 % du chiffre d'affaires des mutuelles.

Les mutuelles de la FNMI (9 % des cotisants mais 18 % de l'assiette totale) et encore plus celles de la MFP (respectivement 2 % et 15 %) sont dans l'ensemble des structures importantes. C'est l'inverse que l'on peut constater pour les autres regroupements, en particulier pour la FMF (19 % des cotisants pour 4 % de l'assiette).

L'observation au cours des trois dernières années de la répartition du chiffre d'affaires santé entre les trois types d'organismes montre une évolution lente mais réelle. La part des mutuelles diminue faiblement mais constamment depuis 2001 (-1,3 %) alors que c'est l'inverse pour les sociétés d'assurance (+ 2,2 %). Après une stabilité entre 2001 et 2002, les institutions de prévoyance qui représentent en 2004 18 % du marché, voient leur part légèrement diminuer.

Ces chiffres deviennent cependant plus parlants si on observe l'évolution du chiffre d'affaires santé des trois catégories d'organismes sur la même période : alors que les sociétés d'assurance ont connu un accroissement de leur chiffre d'affaires de 42 %, dans le même temps, les mutuelles et les institutions de prévoyance n'ont connu quant à elles qu'une augmentation de 26 % et de 23 %.

Le nombre de bénéficiaires de la CMU déclaré par les complémentaires

Sur 374 organismes ayant déclaré des bénéficiaires au cours de l'année 2004 (ils étaient 612 en 2002, 492 en 2003), la répartition des bénéficiaires entre organismes s'établit de la manière suivante :

	Nombre d'organismes	Structure en %	Moyenne trimestrielle	Structure en %
Mutuelles	333	89,0	479 892	80,3
Institutions de prévoyance	13	3,5	11 349	2
Sociétés d'assurance	28	7,5	106 000	17,7
Total	374	100	597 242	100

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires

Le nombre de bénéficiaires ne tient pas compte des régularisations que les organismes complémentaires pourront faire dans le cadre de la déclaration du 1^{er} trimestre 2005 (courant mai 2005). Ces régularisations occasionneront une légère augmentation de ce nombre. Sur 2003, en valeur absolue (les régularisations peuvent être négatives), elles ont représenté au final près de 4 % du nombre total de déductions déclarées initialement.

Les 10 organismes déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires gèrent les contrats de 34 % des bénéficiaires (32 % en 2003) les 10 suivants près de 16 % (12 % en 2003). Au total, les 50 premiers organismes représentent près de 72 % des bénéficiaires – 66 % en 2003 (cf. annexe 13 retraçant les organismes gérant le plus de contrats CMU-C).

Cette concentration, qui va croissante dans le temps du fait des mouvements enregistrés parmi les mutuelles (sorties du dispositif CMU et disparitions d'organismes), se retrouve au sein de chaque famille d'organismes :

- 1 institution de prévoyance gère les contrats de 87 % des bénéficiaires présents dans ces institutions ;
- 5 sociétés d'assurance regroupent 63 % des bénéficiaires rattachés aux sociétés d'assurance ;
- 10 mutuelles, 38 % des bénéficiaires ayant adhéré à une mutuelle (33 % en 2003).

L'engagement des organismes dans la gestion de contrats CMU

Selon l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale et les décrets le précisant, les organismes complémentaires souhaitant gérer des contrats de bénéficiaires de la CMU-C doivent s'inscrire auprès du préfet de la région de leur siège social.

Les organismes complémentaires ont jusqu'au 1^{er} novembre pour faire part au préfet de la région dans laquelle leur siège est situé, de leur volonté de s'inscrire ou se retirer du dispositif. Les organismes déjà inscrits et ne se manifestant pas sont automatiquement considérés comme restant volontaires pour la gestion de contrats de CMU complémentaire.

Le recueil des arrêtés préfectoraux et, en conséquence, la constitution de la liste nationale sont assurés par le Fonds CMU. La mise à disposition de ces données est réalisée par le biais du site Internet du Fonds.

La liste au 1^{er} janvier 2004, issue des modifications enregistrées par les préfets jusqu'au 1^{er} novembre 2003, comportait 357 organismes dont 313 mutuelles, 31 sociétés d'assurance et 13 institutions de prévoyance.

Le nombre de retraits au 1^{er} janvier 2005 s'élève à 79 : 71 mutuelles, 5 sociétés d'assurance et 3 institutions de prévoyance. Ces organismes géraient 75 000 bénéficiaires au 30 novembre 2004. Ces contrats sont gérés par les OC jusqu'à la fin de leur droit actuel (un an). 5 nouveaux organismes se sont inscrits sur la liste.

Comme l'année précédente, ce sont des raisons financières qui sont mises en avant pour expliquer les retraits (en dehors de la situation guadeloupéenne où 12 mutuelles gérant 12 000 bénéficiaires sont sans agrément et donc retirées de la liste des organismes autorisés à gérer des contrats de bénéficiaires de CMU-C).

Le tableau qui suit retrace l'historique des évolutions du nombre d'organismes inscrits sur la liste nationale.

	Au 1/1/2001	Au 1/1/2002	Au 1/1/2003	Au 1/1/2004	Au 1/1/2005
Mutuelles	761	541	406	313	247
Sociétés d'assurance	53	44	39	31	26
Institutions de prévoyance	16	14	14	13	10
Total (1)	830	599	459	357	283
Total des organismes complémentaires santé (2)	1 696	1 536	1 411	1 177	1 097
Ratio (1) / (2)	49 %	39 %	33 %	30 %	26 %

Source : arrêtés préfectoraux et déclarations au Fonds CMU

En pourcentage d'organismes inscrits, l'engagement dans la gestion de contrats CMU-C est proche selon les familles d'organismes.

Au 1/1/2005	Nombre d'organismes volontaires à la gestion de contrats CMU	Nombre d'organismes santé	Pourcentage
Mutuelles	247	944	26 %
Sociétés d'assurance	26	104	25 %
Institutions de prévoyance	10	49	20 %
Total des organismes complémentaires santé	283	1 097	26 %

Source : arrêtés préfectoraux et déclarations au Fonds CMU

Cependant, derrière ces pourcentages, la réalité est très différente.

Les institutions de prévoyance (IP) ne gèrent que 2 % des contrats de bénéficiaires de la CMU-C. En fait, une seule IP gère à elle seule 10 000 des 11 000 contrats des IP. L'engagement des autres IP dans la gestion de contrats CMU est donc très limité.

Par contre, les sociétés d'assurance gèrent 18 % des contrats de CMU-C ce qui est proche de leur poids dans le monde des complémentaires santé (22 % du chiffre d'affaires des complémentaires santé).

Si les mutuelles sont très légèrement plus impliquées en terme de pourcentage d'organismes inscrits (26 %), elles le sont surtout en terme de contrats gérés (80 %).

LES AUTRES ACTIVITES DU FONDS

➤ LE REPERTOIRE NATIONAL DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

Par lettre du 12 février 2004, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées ont confié au Fonds CMU la mise en place d'un répertoire national des organismes complémentaires (RNOC), en collaboration avec plusieurs partenaires institutionnels (DSS, DREES, CEA, CCAMIP, CNAMTS, INSEE).

Ce répertoire concernera dans un premier temps les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance proposant des contrats d'assurance complémentaire en santé, ainsi que l'ensemble des mutuelles quelle que soit leur activité. A terme, une extension du RNOC permettra de recenser l'ensemble des organismes de protection sociale complémentaire.

Le RNOC servira de base commune (le cœur) utilisable indifféremment dans les différents systèmes d'informations des partenaires (les pétales).

Il sera accessible aux partenaires du projet par l'intermédiaire d'Internet, les accès étant sécurisés.

Une gestion fine des droits de saisie (allant jusqu'au niveau des champs de données) garantira que l'information soit validée et saisie par le partenaire disposant, du fait de ses fonctions, de la meilleure information possible.

Le RNOC intégrera également un système ligne à ligne d'alertes entre les partenaires. Ce dispositif facilitera la participation permanente de tous les acteurs à la mise à jour de l'information (dans un premier temps, environ 500 personnes réparties dans toute la France), et ce dès qu'une information est connue. L'idée retenue a été de favoriser la confrontation des diverses sources d'informations, qu'elles soient nationales ou de proximité, le résultat de cette confrontation venant enrichir la base mise à la disposition de chacun.

La combinaison de ces dispositifs permettra au RNOC d'être un outil performant en matière de qualité de l'information, tant en terme d'exhaustivité qu'en termes d'exactitude et de rapidité de la mise à jour des données recensées. Enfin, l'adossement du RNOC au répertoire Sirène de l'INSEE autorisera une qualification réciproque supplémentaire, utile aux deux bases de données.

Pour permettre au projet d'aboutir et faciliter sa mise à jour, le principe retenu a été celui d'un répertoire commun dont les informations recueillies sont volontairement limitées en terme de renseignements. Les données contenues dans le répertoire seront réparties en trois grands ensembles :

- état civil : nom, adresse, identifiant, nature de la structure.
- périmètre d'intervention : informations sur l'agrément, activité de complémentaire santé, participation à la CMU complémentaire.
- historique : date de création, de cessation d'activité, mouvements et transferts de portefeuilles.

Le RNOC disposera en outre de la description des systèmes d'information de chaque partenaire. Cette information favorisera l'établissement de relations conventionnelles entre ces derniers, dès lors que des échanges d'informations s'avèreront nécessaires.

Le Fonds CMU a été désigné comme maître d'ouvrage et gestionnaire du répertoire. La base de données a toutefois été conçue pour permettre un transfert simplifié et rapide des compétences en matière d'administration, à l'un ou l'autre des partenaires du projet.

Les spécifications fonctionnelles du RNOC ont été validées par l'ensemble des partenaires le 22 juin 2004. Un appel d'offre a été lancé en septembre 2004. Le prestataire informatique qui a été retenu en octobre 2004 a remis dans un premier temps aux partenaires, pour validation, les spécifications techniques du projet en janvier 2005, avant d'entamer le développement informatique proprement dit.

Le RNOC sera disponible en juin 2005.

➤ **INFORMATION : REFERENCES CMU ET SITE INTERNET**

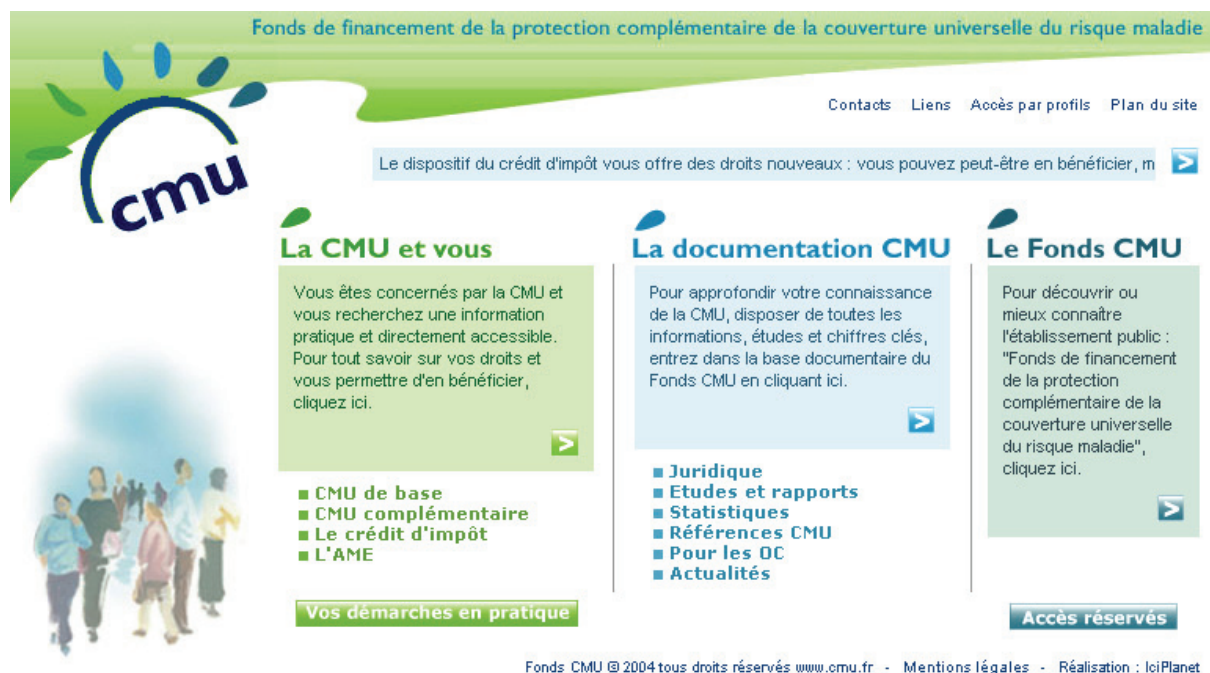
Le renouveau du site Internet dédié à la CMU

En décembre 2004, le Fonds CMU a mis en ligne la nouvelle version du site Internet qu'il publie depuis 2001.

Cette version particulièrement enrichie propose désormais :

- une répartition de l'information clarifiée en trois rubriques principales regroupant plus de 70 pages Internet ;
- une explication exhaustive des dispositifs de CMU, du crédit d'impôt et une information sur l'aide médicale de l'Etat, complétée par des liens contextuels vers des documents et d'autres sites pertinents ;
- une base documentaire de plus de 70 entrées ;
- une recherche améliorée des organismes complémentaires participant à la gestion de la CMU ;
- un formulaire de contacts tous publics ;
- des pages en accès réservés, à destination de différents partenaires professionnels (institutionnels, organismes complémentaires, etc.).

Le site reste accessible aux adresses www.cmu.fr ou www.fonds-cmu.fr.



La lettre d'information du Fonds

Quatre numéros de la lettre trimestrielle d'information du Fonds, « Références CMU », (numéros 13 à 16) ont été diffusés à plus de 4 000 exemplaires chacun au cours de l'année 2004 (janvier, avril, juillet et octobre). La diffusion est principalement réalisée dans les organismes complémentaires (1 200), les caisses de sécurité sociale (900), parmi les élus (500) et au sein des administrations (400).

➤ DES MOUVEMENTS DANS L'EQUIPE DU FONDS

Martine EHRET-FRANCK, qui avait participé à la mise en place du Fonds CMU en 2000 est retournée dans le réseau du Trésor public au 1^{er} juillet 2004, en prenant la direction de la trésorerie principale de Houilles.

Elle a été remplacée au poste de fondé de pouvoir de l'agent comptable par Dominique-Jacques LE CHATTON, anciennement auditeur à la CNAMTS.

Marion CHABERT, conseillère technique, a pour sa part quitté le Fonds pour la CNAMTS à la même date.

C'est Marc ALLARD, ancien responsable administratif du service médical des Yvelines de la branche maladie qui l'a remplacée. Chargé de la mise en place du nouveau site Internet et du Répertoire national des organismes complémentaires, ses fonctions seront étendues ultérieurement.

L'effectif du Fonds CMU est donc de 9,3 personnes, son agent comptable ayant également la charge du Fonds de solidarité vieillesse et du Fonds de financement de l'allocation personnalisée à l'autonomie.

➤ LES ETUDES FINANCEES PAR LE FONDS

La fabrique du droit social : l'exemple de la loi CMU

Nous reproduisons ci-après le résumé de l'étude réalisée par Brigitte FROTIEE, sous la direction scientifique de Jacques COMMAILLE et avec la collaboration d'Anne-Marie BROCAS. L'étude complète est disponible sur le site du Fonds CMU.

« La reconstitution des phases principales du processus de production de la loi révèle que l'histoire de la CMU déborde largement de la scène parlementaire (point d'observation privilégié de beaucoup des analyses en la matière). Elle commence bien en amont, puis elle se joue simultanément dans l'hémicycle et sur des scènes *off*, mais surtout elle se poursuit en aval, une fois la loi votée, au moment de la négociation de ses décrets d'application et de sa mise en vigueur au 1^{er} janvier 2000.

En amont, cette réforme répond à des demandes issues de l'univers de l'exclusion exprimées au cours des années quatre-vingt, relayées dans une première phase par la direction de la Sécurité sociale dans le cadre d'un travail inter administrations (sociales, finances, plan). La mise sur agenda politique se fait ensuite au moment du plan Juppé. Un projet d'Assurance maladie universelle (AMU) est ainsi élaboré. Après la dissolution de l'Assemblée nationale au printemps 1997, le gouvernement Jospin reprend le dossier, qu'il confie à Martine Aubry, alors ministre de l'Emploi et de la Solidarité. Une des questions au centre des préoccupations est celle d'une centralisation de l'aide médicale départementale vers la branche maladie au nom de l'égalité de l'accès des soins sur le territoire¹.

Il n'y a pas eu un projet mais de multiples projets. Du projet de l'Assurance maladie universelle sous le gouvernement Juppé aux scénarii dits Boulard, puis au dispositif mixte de la CMU, les enjeux et les rapports de force font évoluer le dispositif CMU au cours des deux années qui précèdent les débats parlementaires. Par comparaison, les modifications apportées par le Parlement apparaîtront limitées.

¹ Un double constat s'impose alors. D'une part, la mise en place d'une prise en charge des cotisations de l'assurance personnelle par un tiers - qui peut être les départements, les CAF ou une encore autre administration - n'évite pas les ruptures de droits du fait de procédures trop complexes.

En se demandant au départ de l'investigation : en premier lieu, quels acteurs portent les projets successifs qui deviendront une loi, avec quels types d'alliance, avec quels positionnements ; en deuxième lieu, dans quelles conditions se déroulent les prises de décision politique du gouvernement de Lionel Jospin relatives au projet CMU et à son contenu, nous visions à appréhender comment et sous quelles actions ou pressions, certaines composantes du dispositif sont écartées ou, au contraire, deviennent centrales pour être finalement votées.

L'étude révèle que participent à la réforme des acteurs aux logiques d'action multiples et aussi divers que les fonctionnaires de l'administration de la Direction de la Sécurité sociale, le Cabinet de la ministre de l'Emploi et de la solidarité, les partis politiques et les parlementaires, les partenaires sociaux impliqués dans la gestion du régime général de l'assurance maladie, les directeurs des caisses de ce régime, les organismes d'assurance complémentaire tels que les mutuelles et les assureurs, mais aussi les associations humanitaires spécialisées dans la gestion des populations les plus démunies et enfin les professionnels de la santé.

Tous ces acteurs restent très mobilisés tout au long du processus, en fonction des enjeux propres qu'ils ont à défendre. Les actions de lobby ne cesseront jamais, même une fois la loi votée. Chacun tentera en effet de reprendre « l'avantage » sur le terrain perdu à l'occasion de la rédaction des décrets d'application. Certains déposeront même une saisine auprès du Conseil constitutionnel. Par ailleurs, tout au long du processus, les configurations d'acteurs se révéleront parfois surprenantes. Certains préféreront développer des logiques d'alliance avec des acteurs appartenant à d'autres catégories que les leurs, plutôt que de s'associer avec leurs pairs. A certains moments, le clivage entre des composantes du mouvement associatif et de la mutualité sera plus déterminant que celui entre la gauche et la droite. Enfin, les logiques d'opposition comme les logiques d'alliance évolueront souvent au gré du temps, lors de l'apparition de nouveaux projets et du renouvellement des enjeux qu'ils suscitent.

Les enjeux fondamentaux de cette réforme apparaissent généralement le plus souvent à travers le traitement des questions techniques. Celui-ci est révélateur de positionnement des acteurs et des finalités ainsi que des options relatives au modèle de protection sociale quant à son financement, à ses mécanismes de gestion et à son contenu, c'est à dire les biens de soins exonérés. Ces questions techniques concernent principalement les critères de conditions de ressources et l'effet de seuil mais aussi les critères d'affiliation et de rattachement. Le contenu des biens de soins pris en charge gratuitement ainsi que les modalités du droit d'option ouvert aux bénéficiaires de la CMU complémentaire entre organismes complémentaires et caisses primaires d'assurance maladie posent ainsi la question du brouillage des frontières entre couverture maladie de base obligatoire et couverture complémentaire facultative. De fait, le processus de cette réforme participe de tendances plus générales comme celle concernant la généralisation de l'assurance maladie. Mais cette réforme était-elle porteuse de changements dans les principes et les positionnements institutionnels ? Qu'en est-il advenu ?

Ainsi, par exemple, deux des volets de la loi votée le 27 juillet 1999 comportent des éléments a priori contradictoires : l'universalité – la CMU accessible à tous, sans distinction sociale et sur le seul critère de résidence – et le ciblage d'une population particulière – les plus démunis, sous critère de ressources. Autrement dit, l'un garantit à toute personne résidant sur le territoire français le droit à une couverture maladie de base et l'autre fait bénéficier les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain seuil d'une couverture complémentaire gratuite.

Par conséquent, se côtoient au sein des Caisses primaires d'assurance maladie le 100 % gratuit sur critère médical et sur critère social. Même si elle s'inscrit dans le prolongement d'évolutions déjà engagées avec la gestion de l'aide médicale par certaines caisses d'assurance maladie puis avec le principe d'ouverture immédiate des droits posé par la loi de 1994, la CMU semble effectivement avoir introduit une réelle rupture dans les pratiques gestionnaires des caisses : la gestion de conditions de ressources et de l'accès aux droits des plus démunis est désormais intégrée par les caisses d'assurance maladie.

Cette évolution n'allait pas de soi, comme nous l'avons déjà souligné. Elle a fait l'objet de fortes tensions, de débats qui ne sont d'ailleurs pas clos. La confrontation d'acteurs peut-être d'autant plus vive que ceux-ci sont eux-mêmes portés par des logiques d'action parfois parfaitement contradictoires. La dynamique du processus de généralisation de la Sécurité sociale se heurte notamment à celui de la lutte contre le déficit de la Sécurité sociale. De l'autre côté, la mobilisation contre les inégalités d'accès aux droits sociaux, donc aux soins, avait conduit à la proclamation de l'article 1^{er} de la loi sur la lutte contre les exclusions de 1998 (« la présente loi tend à garantir l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, des droits civiques »). Cette loi de 1998 votée au moment des auditions réalisées par J-C. Boulard, annonce logiquement la loi CMU comme l'étape suivante. En outre, elle renforce le rôle des associations et des mutualités. Pour ces dernières, des déplacements vont s'opérer à la suite de conflits, puisque les assureurs entreront dans le dispositif. Mais au final, ce sont les caisses qui assureront la gestion du dispositif (guichet unique avec droit d'option). De même, les réformes de l'aide médicale gratuite participent de la genèse de la loi CMU. De façon plus générale, le principe d'une universalité de l'accès aux droits à la santé à partir du critère de résidence (qui avait été évoqué par le gouvernement précédent) se retrouve dans le premier titre de la loi CMU : l'inscription au guichet devient automatique et immédiate à partir du moment où les critères de résidence sont requis.

Si l'ensemble de nos interlocuteurs reconnaissent qu'il fallait faire cette réforme et en soulignent ses avancées incontestables, notamment en ce qu'elle améliore l'accès aux droits à la santé pour les plus démunis, il n'en demeure pas moins que nombre d'entre eux font part d'insatisfactions. Plus généralement, il est frappant de constater que face aux caractéristiques principales du dispositif, ceux qui en ont été les concepteurs peuvent en avoir des visions différentes et sont susceptibles d'en donner des interprétations contradictoires ».

L'exploitation de la base « Ressources » CMU des CPAM

Pour le compte du Fonds CMU, c'est le service des statistiques de la CNAMTS qui a exploité les bases ressources, bases de données utilisées par les Caisses primaires d'assurance maladie pour la gestion des demandes d'attribution de la CMU complémentaire.

« Douze CPAM, reflétant en partie la diversité territoriale de la France métropolitaine, ont été sélectionnées. Les demandes de CMU, faites entre le 1^{er} juillet 2003 et le 30 juin 2004, ont servi de base de données à l'étude. Les analyses ont ainsi porté sur 388 292 bénéficiaires répartis dans 180 375 foyers CMU.

. Les limites de l'étude

La Base "RESSOURCES" est avant tout un outil de gestion des demandes de CMU et n'a pas été conçue en vue d'une exploitation statistique de ses données. L'étude a donc avant tout permis de mettre en évidence les limites des analyses pouvant être réalisées à partir des données de la Base "RESSOURCES". Ces limites justifient le choix d'un échantillon restreint (30 % des foyers retenus) pour l'ensemble des analyses sur les ressources des foyers.

Malgré les problèmes de représentativité de ce sous échantillon, les analyses ont permis d'aboutir à des conclusions intéressantes :

- les dossiers des foyers refusés ne sont pas systématiquement renseignés dans la Base « RESSOURCES », un simple aperçu rapide des ressources, sans calcul compliqué nécessitant l'utilisation de la Base « RESSOURCES », ayant permis dans certains cas de rendre compte du refus de la demande de CMU complémentaire. L'exhaustivité des demandes refusées n'étant pas garantie, il est impossible de mesurer les impacts de simulations à la hausse des plafonds de la CMU complémentaire sur l'évolution du nombre de bénéficiaires.
- les ressources des foyers titulaires du RMI ne sont pas toujours renseignées, ces personnes bénéficiant de plein droit de la CMU complémentaire, c'est-à-dire sans que leurs ressources ne soient étudiées.
- seules les demandes faites auprès du Régime Général sont prises en compte, ce qui ne permet pas de procéder à une estimation exhaustive du nombre total de bénéficiaires de la CMU complémentaire, tous régimes confondus.

. Des caractéristiques propres aux bénéficiaires de la CMU complémentaire

Les premières analyses ont porté sur l'ensemble des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Des études visant à définir les caractéristiques des bénéficiaires avaient déjà été réalisées auparavant mais aucune à partir des données de la Base "RESSOURCES". Les résultats obtenus, en accord avec les conclusions des précédentes enquêtes, apportent quelques éléments nouveaux.

Les bénéficiaires constituent une population plutôt jeune par rapport à la population française et ont des enfants, dans une proportion assez proche de la moyenne. La composition des foyers est spécifique, avec une forte proportion de foyers d'une personne et de foyers monoparentaux. Un quart des bénéficiaires ont demandé la CMU complémentaire uniquement pour eux, les foyers d'une personne constituant ainsi plus de la moitié des foyers CMU. Les foyers monoparentaux sont aussi en moyenne bien plus répandus que dans la population totale française, concernant plus d'un quart des foyers et 37 % des bénéficiaires.

La majorité des demandes de CMU complémentaire a été faite par des femmes. Cette surreprésentation féminine est en réalité directement liée à la part élevée de foyers monoparentaux. En effet, dans les foyers monoparentaux, la quasi-totalité des demandes de CMU complémentaire émane de femmes. Sans ces foyers, cette surreprésentation féminine ne serait plus vérifiée.

Les enfants sont en moyenne plus nombreux dans les foyers comportant un couple que dans les foyers monoparentaux (respectivement 2,7 et 1,9 enfants en moyenne par foyer).

. Les disparités entre CPAM

Selon les CPAM considérées, les bénéficiaires ne présentent pas toujours les mêmes caractéristiques.

L'opposition nord-sud s'accompagne d'une légère différence au niveau de la structure des foyers et de l'âge des bénéficiaires. La jeunesse des bénéficiaires, plus marquée au nord qu'au sud, s'explique en partie par une proportion de couples avec enfants plus élevée dans les caisses du nord que dans celles du sud de la France. Les foyers d'une personne sont en revanche sous représentés dans les caisses du nord.

La CPAM de Béziers apparaît tout de même comme étant une exception, avec près de 36 % de foyers monoparentaux contre 28 % en moyenne.

. Les ressources : seuls 30 % des foyers pris en compte

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont, par définition, des personnes défavorisées, disposant de peu de ressources. Dans la Base "RESSOURCES", un peu moins d'un foyer sur cinq étudiés présente des ressources nulles sur la période de référence. Cela ne veut pas dire pour autant que tous ces foyers n'ont pas eu de ressources, celles des titulaires du RMI n'étant pas forcément renseignées. Etant donc dans l'incapacité de définir clairement les foyers titulaires du RMI qui bénéficiaient de la CMU complémentaire, l'ensemble des foyers qui vérifiaient, a priori, les conditions pour avoir le RMI, n'ont pas été pris en compte dans les analyses sur les ressources, ces dernières présentant le risque d'être incomplètes. Les chiffres antérieurs à cette étude faisaient état d'environ 50 % de titulaires du RMI parmi les bénéficiaires de la CMU. Dans cette enquête, 70 % des foyers sont considérés comme étant des titulaires potentiels du RMI.

Il est important de préciser que, dans l'étude des ressources, la représentativité de l'échantillon initial des bénéficiaires n'est plus respectée, seuls 30 % des foyers étant pris en compte. L'étude a ainsi porté sur les bénéficiaires de la CMU complémentaire qui présentaient les ressources les plus élevées, sauf dans le cadre des foyers où le demandeur, âgé de moins de 25 ans et sans enfant à charge, ne peut être considéré comme bénéficiaire potentiel du RMI.

Deux approches ont été utilisées pour analyser les ressources. La première a consisté à déterminer, pour chaque nature de ressources (salaires, retraites, prestations familiales, chômage, etc.), leurs distributions selon différents facteurs (taille du foyer, âge du demandeur et nombre d'enfants). Une seconde approche vise à étudier les répartitions et les contributions de chaque nature de ressources au montant total, à partir de différentes caractéristiques des bénéficiaires.

Il est important de signaler avant tout que, pour les foyers dont les ressources sont globalement comprises (sauf pour les jeunes) entre le montant maximal du RMI et le plafond CMU, la répartition du montant total de leurs ressources présente une structure assez linéaire sans effet de seuil.

. Des ressources dont le montant dépend des caractéristiques des foyers et plus ou moins spécifiques à certaines catégories de bénéficiaires

Des liens entre l'âge, la taille du foyer ou le nombre d'enfants et le montant des ressources ressortent, mais la corrélation entre ces facteurs et le montant du plafond CMU explique en grande partie les différences observées au niveau du montant de ces ressources.

Les foyers avec enfants (couples ou parent isolé) ressortent comme étant ceux qui présentent, dans leur ensemble, la plus grande diversité au niveau de la nature de leurs ressources.

Les aides au logement sont en tête des ressources les plus répandues, concernant près de trois foyers sur quatre et plus de 90 % des foyers où le demandeur a entre 25 et 64 ans. Les jeunes, et plus généralement les foyers d'une personne, sont ceux qui perçoivent en proportion le moins l'aide au logement. Viennent ensuite les revenus d'activité salariée (41 %) et les allocations chômage (32 %), qui concernent plus les couples avec enfants que les couples sans enfant, les foyers d'une personne ou encore les foyers monoparentaux. Les prestations familiales et sociales, avec 25 % des foyers, et les retraites, rentes et pensions, très répandues dans les foyers âgés et concernant 19 % des foyers, font également partie des ressources les plus fréquentes. Certaines ressources, comme les allocations familiales, dépendent directement de la structure du foyer. D'autres sont plus ou moins spécifiques à des catégories de la population (retraites pour les personnes âgées ...).

. Une contribution des ressources au montant total variant selon les caractéristiques

La contribution de chaque nature de ressources évolue avec les caractéristiques des foyers.

Les revenus d'activité salariée constituent la première composante des ressources des foyers, correspondant à 29 % de leur montant total. Les allocations chômage arrivent juste après avec 21 % suivies, par les prestations familiales et sociales et les retraites (16 % chacune) et enfin par les aides au logement (10 %).

Les ressources les plus répandues ne sont pas forcément celles qui contribuent le plus au montant total des ressources. Les aides au logement, attribuées à trois foyers sur quatre, ne représentent que 10 % des ressources totales, avec des différences cependant selon les caractéristiques des foyers (peu fréquentes chez les jeunes, les aides au logement constituent paradoxalement plus de la moitié de leurs ressources) ».

LISTE DES ANNEXES

- 1)** Synthèse des effectifs des bénéficiaires au 31 décembre 2004
- 2)** Historique du nombre de bénéficiaires
- 3)** Bénéficiaires par Départements
- 4)** Présentation simplifiée des résultats du Fonds
- 5)** Textes relatifs à la CMU parus au cours de l'année 2004
- 6)** Principales décisions du conseil d'administration
- 7)** Textes législatifs et réglementaires régissant le Fonds au 31/12/2004
- 8)** Composition du conseil d'administration
- 9)** Composition du conseil de surveillance
- 10)** Organigramme du Fonds
- 11)** Tableaux des 100 organismes d'assurance complémentaire déclarant l'assiette de la contribution la plus importante en 2004
- 12)** Tableaux des 100 organismes d'assurance complémentaire déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires en 2004
- 13)** Les difficultés d'accès au droit pour la CMU

SYNTHESE DES EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES AU 31 DECEMBRE 2004

Effectifs CMU au 31 décembre 2004										
Régimes d'attribution	Régime général (estimation)		Régime agricole (CCMSA)		Régime des travailleurs indépendants		Autres régimes et sections locales mutualistes		Total (estimation)	
Organismes gestionnaires	CNAMTS	Organismes complémentaires	CCMSA	Organismes complémentaires	CANAM	Organismes complémentaires	Régimes de base	Organismes complémentaires	Régime	Organisme complémentaire
Métropole	3 281 000	459 000	117 345	21 646	106 367	32 961	50 201	41 532	3 554 913	555 139
DOM	486 000	90 000	13 497	947	6 334	355			505 831	91 302
France entière	3 767 000	549 000	130 842	22 593	112 701	33 316	50 201	41 532	4 060 744	646 441
Total	4 316 000		153 435		146 017		91 733		4 707 185	

HISTORIQUE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES

Historique	Total CMU tous régimes		France entière	Taux croissance sur mois année N-1	Dont OC
	Métropole	DOM			
juin-00	3 930 936	552 849	4 483 785		168 411
juil-00	4 015 982	568 434	4 584 416		199 446
août-00	4 094 413	576 298	4 670 711		228 242
sept-00	4 179 639	585 479	4 765 118		264 511
oct-00	4 274 271	599 942	4 874 213		309 950
nov-00	4 367 241	609 866	4 977 107		356 136
déc-00	4 443 555	616 280	5 059 835		389 085
janv-01	4 517 807	632 021	5 149 828		436 567
févr-01	4 566 990	637 014	5 204 004		455 609
mars-01	4 603 457	646 649	5 250 106		471 313
avr-01	4 614 495	647 859	5 262 354		480 750
mai-01	4 640 617	655 369	5 295 986		495 292
juin-01	4 655 301	661 241	5 316 542	18,6 %	513 158
juil-01	4 082 347	629 350	4 711 697	2,8 %	552 120
août-01	4 100 229	634 675	4 734 904	1,4 %	552 464
sept-01	4 066 208	632 446	4 698 654	-1,4 %	564 148
oct-01	4 070 406	658 278	4 728 684	-3,0 %	615 392
nov-01	4 079 394	621 470	4 700 864	-5,6 %	624 122
déc-01	4 098 873	617 128	4 716 001	-6,8 %	630 426
janv-02	3 979 752	594 856	4 574 608	-11,2 %	625 073
févr-02	4 009 811	595 696	4 605 507	-11,5 %	629 830
mars-02	4 051 559	599 746	4 651 305	-11,4 %	636 927
avr-02	4 073 750	600 679	4 674 429	-11,2 %	640 881
mai-02	4 082 372	601 272	4 683 644	-11,6 %	643 257
juin-02	4 102 335	595 501	4 697 836	-11,6 %	647 714
juil-02	3 856 465	586 205	4 442 670	-5,7 %	644 828
août-02	3 846 731	579 345	4 426 076	-6,5 %	644 249
sept-02	3 890 337	587 319	4 477 656	-4,7 %	651 957
oct-02	3 948 856	584 134	4 532 990	-4,1 %	661 206
nov-02	3 951 953	587 917	4 539 870	-3,4 %	663 674
déc-02	3 978 298	590 696	4 568 994	-3,1 %	668 086
janv-03	4 024 571	591 786	4 616 357	0,9 %	678 182
févr-03	4 059 494	596 773	4 656 267	1,1 %	678 532
mars-03	4 111 746	603 297	4 715 043	1,4 %	680 816
avr-03	4 141 286	607 640	4 748 926	1,6 %	677 593
mai-03	4 154 635	610 748	4 765 383	1,7 %	675 226
juin-03	4 138 850	607 043	4 745 893	1,0 %	670 799
juil-03	4 081 583	589 456	4 671 039	5,1 %	661 585
août-03	4 028 201	586 654	4 614 855	4,3 %	654 566
sept-03	4 042 718	594 778	4 637 496	3,6 %	656 068
oct-03	4 078 852	605 996	4 684 848	3,4 %	663 229
nov-03	4 080 117	615 562	4 695 679	3,4 %	661 575
déc-03	4 089 261	622 479	4 711 740	3,1 %	661 473

HISTORIQUE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES (SUITE)

Historique	Total CMU tous régimes		France entière	Taux croissance sur mois année N-1	Dont OC
	Métropole	DOM			
janv-04	4 103 320	624 922	4 728 242	2,4 %	667 182
févr-04	4 101 816	614 382	4 716 198	1,3 %	662 069
mars-04	4 122 879	622 404	4 745 283	0,6 %	666 191
avr-04	4 132 279	625 676	4 757 955	0,2 %	667 135
mai-04	4 138 304	626 640	4 764 944	0,0 %	668 772
juin-04	4 143 494	622 818	4 766 312	0,4 %	666 866
juil-04	4 116 279	607 328	4 723 607	1,1 %	654 070
août-04	4 102 210	605 046	4 707 256	2,0 %	650 482
sept-04	4 103 124	602 590	4 687 714	1,1 %	651 604
oct-04 estimé	4 114 000	597 000	4 711 000		649 000
nov-04 estimé	4 110 000	597 000	4 705 000		647 000
déc-04 estimé	4 110 000	597 000	4 707 000		646 000
Moyenne 2000	4 186 577	587 021			273 683
Moyenne 2001	4 341 344	639 458			532 613
Moyenne 2002	3 981 018	591 947			646 474
Moyenne 2003	4 085 943	602 684			668 304
Moyenne 2004	4 103 062	607 281			658 000

Source : tous régimes d'attribution

Pour les trois derniers mois de l'année 2004, les données issues de la CNAMTS sont provisoires. Elles sont redressées ici par le Fonds CMU.

BENEFICIAIRES PAR DEPARTEMENTS

Effectifs CMU 30/06/2004 (hors SLM et autres)	Population estimée 2003 INSEE	CNAMTS	CCMSA	CANAM	CMU Total			Taux CMU/ pop dép	RMI juin-04
		Total	Total	Total	RO	OC	Tous régimes		
1 AIN	539 006	18 386	306	524	11 515	7 701	19 216	3,6 %	8 118
2 AISNE	535 326	43 319	1 562	857	42 843	2 895	45 738	8,5 %	19 160
3 ALLIER	342 307	20 102	900	1 050	18 871	3 181	22 052	6,4 %	10 853
4 ALPES H.PRO	144 508	7 988	622	488	5 981	3 118	9 098	6,3 %	4 212
5 HTES ALPES	126 810	3 515	622	257	3 165	1 230	4 394	3,5 %	2 116
6 ALPES MARIT	1 045 973	55 127	633	2 342	53 594	4 508	58 102	5,6 %	29 633
7 ARDECHE	294 933	14 365	2 038	759	8 442	8 720	17 162	5,8 %	7 977
8 ARDENNE	288 806	24 910	1 002	690	21 534	5 068	26 602	9,2 %	14 097
9 ARIEGE	139 612	11 073	1 333	1 053	11 722	1 737	13 459	9,6 %	7 031
10 AUBE	293 925	22 816	972	452	22 188	2 052	24 240	8,2 %	10 710
11 AUDE	321 734	27 769	2 422	1 435	28 945	2 681	31 626	9,8 %	19 120
12 AVEYRON	266 940	8 768	851	634	9 660	593	10 253	3,8 %	4 226
13 BOU-DU RHO	1 883 645	224 364	4 348	5 628	223 964	10 376	234 340	12,4 %	139 989
14 CALVADOS	659 893	41 913	1 664	1 077	26 451	18 203	44 654	6,8 %	20 288
15 CANTAL	148 359	5 475	1 218	740	6 911	522	7 433	5,0 %	3 454
16 CHARENTE	341 275	21 854	2 063	1 340	23 124	2 133	25 257	7,4 %	13 387
17 CHAR/MARIT	576 855	34 625	3 012	1 480	33 556	5 561	39 117	6,8 %	21 430
18 CHER	312 277	20 348	1 362	792	19 403	3 099	22 502	7,2 %	12 252
19 CORREZE	234 144	8 483	920	468	9 347	524	9 871	4,2 %	4 214
20 CORSE SUD	121 371	7 093	1 690	259	7 400	1 642	9 042	7,4 %	4 216
21 COTE D'OR	510 334	24 211	847	1 058	11 744	14 372	26 116	5,1 %	11 203
22 COTE D'ARM	553 969	21 365	1 609	1 291	16 452	7 813	24 265	4,4 %	11 121
23 CREUSE	122 713	6 541	1 332	565	6 862	1 576	8 438	6,9 %	3 470
24 DORDOGNE	392 291	19 377	2 638	1 379	19 460	3 934	23 394	6,0 %	13 746
25 DOUBS	505 557	27 875	413	774	22 717	6 345	29 062	5,7 %	13 309
26 DROME	452 652	28 716	3 063	2 367	16 025	18 121	34 146	7,5 %	15 626
27 EURE	550 056	27 532	1 022	854	24 842	4 566	29 408	5,3 %	14 715
28 EURE ET LOIR	412 094	21 265	329	558	19 020	3 132	22 152	5,4 %	9 985
29 FINISTERE	863 798	31 580	1 482	1 704	24 572	10 194	34 766	4,0 %	19 099
30 GARD	648 522	65 035	10 707	2 762	73 658	4 846	78 504	12,1 %	40 898
31 HTE GARONNE	1 102 919	76 466	990	3 878	76 058	5 276	81 334	7,4 %	46 801
32 GERS	175 055	7 070	759	410	7 664	575	8 239	4,7 %	3 909
33 GIRONDE	1 330 683	73 120	6 635	4 247	70 612	13 390	84 002	6,3 %	46 805
34 HERAULT	945 901	97 024	6 151	4 875	91 355	16 695	108 050	11,4 %	56 919
35 ILLE ET VILA	894 625	35 522	1 037	1 651	29 283	8 927	38 210	4,3 %	16 057
36 INDRE	230 954	10 899	450	349	10 346	1 352	11 698	5,1 %	5 643
37 INDRE ET LOI	563 062	26 445	1 154	826	20 785	7 640	28 425	5,0 %	15 954
38 ISERE	1 128 755	52 815	841	1 923	45 836	9 743	55 579	4,9 %	25 496
39 JURA	253 309	10 569	360	560	9 286	2 203	11 489	4,5 %	4 313
40 LANDES	341 254	15 572	1 744	989	14 209	4 096	18 305	5,4 %	9 287
41 LOIR ET CHER	318 853	15 158	1 121	508	11 430	5 357	16 787	5,3 %	8 430
42 LOIRE	726 613	39 098	844	2 396	29 215	13 123	42 338	5,8 %	20 163
43 HTE LOIRE	213 993	6 125	570	494	4 631	2 558	7 189	3,4 %	3 274
44 LOIRE ATLANT	1 174 120	54 733	1 280	4 198	44 549	15 662	60 211	5,1 %	32 132
45 LOIRET	629 377	33 135	1 189	1 255	30 827	4 752	35 579	5,7 %	15 588
46 LOT	164 413	7 390	820	631	7 628	1 213	8 841	5,4 %	4 563
47 LOT ET GARO	309 993	20 066	3 477	1 002	21 907	2 638	24 545	7,9 %	11 577
48 LOZERE	74 234	2 840	733	114	3 355	332	3 687	5,0 %	1 322
49 MAINE ET LOI	745 486	34 631	2 681	988	31 175	7 125	38 300	5,1 %	19 475
50 MANCHE	484 967	21 620	1 481	829	19 381	4 549	23 930	4,9 %	10 531
51 MARNE	563 027	35 130	1 098	970	31 958	5 240	37 198	6,6 %	16 009

BENEFICIAIRES PAR DEPARTEMENTS (SUITE)

Effectifs CMU 30/06/2004 (hors SLM et autres)	Population estimée 2003 INSEE	CNAMTS	CCMSA	CANAM	CMU Total			Taux CMU/ pop dép	RMI juin-04
		Total	Total	Total	RO	OC	Tous régimes		
52 HTE MARNE	190 983	11 556	557	518	10 302	2 329	12 631	6,6 %	5 539
53 MAYENNE	290 780	9 159	523	567	7 665	2 584	10 249	3,5 %	4 427
54 MEURTHE ET M	718 250	41 682	685	1 848	38 716	5 499	44 215	6,2 %	25 932
55 MEUSE	191 728	10 367	529	389	8 108	3 177	11 285	5,9 %	6 182
56 MORBIHAN	665 540	23 513	2 781	1 694	15 228	12 760	27 988	4,2 %	14 131
57 MOSELLE	1 027 854	46 949	446	1 841	45 585	3 651	49 236	4,8 %	26 221
58 NIEVRE	222 298	13 720	1 074	489	12 436	2 847	15 283	6,9 %	7 246
59 NORD	2 561 800	275 835	3 474	5 534	267 687	17 156	284 843	11,1 %	151 062
60 OISE	776 999	43 709	914	977	44 288	1 312	45 600	5,9 %	20 940
61 ORNE	291 274	17 012	868	505	15 738	2 647	18 385	6,3 %	8 946
62 PAS DE CAL	1 451 307	145 574	2 621	2 310	139 890	10 615	150 505	10,4 %	81 706
63 PUY DE DOME	609 817	29 197	1 587	2 189	26 918	6 055	32 973	5,4 %	18 317
64 PYREN ATLANT	614 174	31 928	1 338	1 915	28 838	6 343	35 181	5,7 %	18 725
65 HTES PYR	224 053	11 581	400	1 037	11 793	1 225	13 018	5,8 %	6 989
66 PYR ORIENT	411 447	43 279	3 464	1 763	44 456	4 050	48 506	11,8 %	26 285
67 BAS RHIN	1 052 698	43 555	473	1 320	42 591	2 757	45 348	4,3 %	28 442
68 HT RHIN	722 692	28 177	281	651	27 547	1 562	29 109	4,0 %	15 388
69 RHONE	1 621 718	109 864	1 591	2 970	105 344	9 081	114 425	7,1 %	52 631
70 HTE SAONE	232 283	9 173	280	775	8 931	1 297	10 228	4,4 %	5 219
71 SAONE ET LO	543 848	24 835	943	1 059	21 726	5 111	26 837	4,9 %	11 552
72 SARTHE	536 857	27 448	1 144	1 165	23 044	6 713	29 757	5,5 %	14 523
73 SAVOIE	386 246	14 443	290	731	10 830	4 634	15 464	4,0 %	6 403
74 HTE SAVOIE	663 810	19 017	442	908	17 225	3 142	20 367	3,1 %	10 373
75 PARIS	2 147 274	187 612	1 280	3 876	179 807	12 961	192 768	9,0 %	85 145
76 SEINE MARIT	1 237 263	97 045	1 255	2 800	88 629	12 471	101 100	8,2 %	51 271
77 SEINE ET MAR	1 232 467	52 301	0	973	39 437	13 837	53 274	4,3 %	23 560
78 YVELINES	1 370 443	52 241	0	645	44 283	8 603	52 886	3,9 %	20 686
79 DEUX SEVRES	347 652	13 375	1 048	532	9 853	5 102	14 955	4,3 %	7 200
80 SOMME	557 061	46 962	1 606	1 254	46 850	2 972	49 822	8,9 %	22 747
81 TARN	350 477	21 740	2 085	1 187	21 572	3 440	25 012	7,1 %	12 528
82 TARN ET GAR	214 488	13 961	2 774	937	16 496	1 176	17 672	8,2 %	8 777
83 VAR	946 305	65 496	4 360	2 744	63 480	9 120	72 600	7,7 %	40 072
84 VAUCLUSE	517 810	42 557	6 630	1 512	47 231	3 468	50 699	9,8 %	22 849
85 VENDEE	565 230	17 118	1 013	761	13 045	5 847	18 892	3,3 %	8 657
86 VIENNE	402 555	22 401	969	759	20 298	3 831	24 129	6,0 %	13 258
87 HTE VIENNE	353 788	20 526	1 269	912	20 080	2 627	22 707	6,4 %	10 212
88 VOSGES	381 277	20 339	725	628	17 038	4 654	21 692	5,7 %	10 279
89 YONNE	335 917	18 030	819	684	16 233	3 300	19 533	5,8 %	8 754
90 TER BELFORT	139 383	8 777	140	295	7 131	2 081	9 212	6,6 %	4 515
91 ESSONNE	1 153 434	63 976	0	975	58 952	5 999	64 951	5,6 %	28 131
92 HTE SEINE	1 470 706	75 151	0	1 083	72 412	3 822	76 234	5,2 %	36 846
93 SEINE ST DENIS	1 396 122	175 741	0	1 944	169 994	7 691	177 685	12,7 %	92 442
94 VAL DE MARNE	1 239 352	79 686	0	1 641	76 816	4 511	81 327	6,6 %	42 961
95 VAL D'OISE	1 121 614	73 267	0	1 003	72 124	2 146	74 270	6,6 %	33 656
96 Hte CORSE (20	144 628	9 911	0	381	8 748	1 544	10 292	7,1 %	6 415
METROPOLE	59 634 980	3 781 004	141 075	129 411	3 520 852	530 638	4 051 490	6,8 %	2 042 045
971 GUADELOUPE	434 712	129 299	984	1 485	66 858	64 910	131 768	30,3 %	68 971
972 MARTINIQUE	388 358	103 676	1 048	1 109	79 414	26 419	105 833	27,3 %	64 253
973 GUYANNE	172 504	54 330	1 933	523	53 784	3 002	56 786	32,9 %	30 094
974 REUNION	740 961	313 234	11 977	3 076	328 121	166	328 287	44,3 %	193 633
DOM	1 736 535	600 539	15 942	6 193	528 177	94 497	622 674	35,9 %	356 951
Total France	61 371 515	4 381 543	157 017	135 604	4 049 029	625 135	4 674 164	7,6 %	2 398 996

Source : CNAMTS, CANAM, CCMSA, CNAF

PRESENTATION SIMPLIFIEE DES RESULTATS COMPTABLES DU FONDS

ANNEE 2004

En millions d'euros

Charges		Produits	
Paie ment aux régimes de base	1 357	Dotat ion de l'Etat	1 037
Paie ment aux organismes complémentaires	73	Contribut ion des organismes	291
Annulat ion produits antérieurs	2	Reprises sur provisions	202
Dotat ions aux provisions	22		
Gest ion administrative	1		
Résultat (excédent)	75		
Total des charges	1 530	Total des produits	1 530

RECAPITULATIF DES COMPTES DU FONDS

En millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004
Produits					
Dotat ion de l'Etat	800	889	1 150	970	1 037
Contribut ion des organismes	247	223	223	245	291
Reprises sur provisions		94	159	143	202
Total produits	1 047	1 206	1 532	1 358	1 530
Charges					
Paie ment aux régimes de base	901	1 189	1 164	1 210	1 357
Paie ment aux organismes complémentaires	17	22	47	62	73
Annulat ion produits antérieurs					2
Dotat ions aux provisions	94	159	143	202	22
Gest ion administrative	0,5	1	1	1	1
Total charges	1 013	1 371	1 355	1 475	1 455
Résultat de l'année	34	- 165	177	117	75
Résultat cumulé	34	-131	47	- 70	5

TEXTES RELATIFS A LA CMU PARUS AU COURS DE L'ANNEE 2004

MINISTERES	STATUT	DATE DE PUBLICATION	DATE DU TEXTE	LIBELLE
Ministère des solidarités de la santé et de la famille	Arrêté	31/12/04	23/12/04	Arrêté du 23 décembre 2004 relatif au contenu de l'attestation remise aux bénéficiaires du droit à déduction du montant du crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaires de santé individuels sur la cotisation ou prime annuelle d'assurance complémentaire.
Ministère des solidarités de la santé et de la famille	Décret	30/12/04	23/12/2004	Décret n°2004-1450 du 23 décembre 2004 relatif au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels et modifiant le code de la sécurité sociale
Ministère de la santé, et de la protection sociale	Décret	23/09/2004	21/09/2004	Décret n° 2004-996 du 21 septembre 2004 relatif à la détermination du plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé
CNAMTS	Lettre-Réseau	21/09/2004	21/09/2004	Lettre Réseau LR-DFC/51/2004 - Critères de résidence
Ministère de la santé et de la protection sociale	Arrêté	28/07/2004	05/07/2004	Revalorisation du plafond CMU de base
CNAMTS	Lettre-Réseau	04/05/2004	04/05/2004	Lettre Réseau LR-DAR-68/2004 - Action sanitaire et sociale - Dispositif d'aide à la mutualisation
Ministère de l'économie des finances et de l'industrie	Décret	10/04/2004	08/04/2004	Décret n° 2004-325 du 8 avril 2004 relatif à la tarification spéciale de l'électricité comme produit de première nécessité
Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité et Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées	Circulaire	29/03/2004	29/03/2004	Circulaire DSS/5A/2004 N° 155 du 29 mars 2004 relative au prélèvement de 1,75 % à la charge des organismes de couverture complémentaire

PRINCIPALES DECISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Outre des échanges systématiques sur le fonctionnement du Fonds et sur la mise en œuvre de la CMU complémentaire, le conseil d'administration a :

➤ lors de sa séance du 27 mai 2004 :

- Approuvé le compte financier et le rapport annuel d'activité 2003 ;
- Adopté la première décision budgétaire modificative relative à 2004 ;
- Autorisé le directeur à signer les nouvelles conventions avec les régimes d'assurance maladie prenant en compte leur remboursement sur la base d'un forfait par bénéficiaire ;

➤ lors de sa séance du 19 octobre 2004 :

- Adopté le budget primitif 2005 ;
- Adopté la deuxième décision budgétaire modificative relative à 2004 ;
- Autorisé le directeur à signer les avenants 2005 aux conventions avec la CNAMTS, la CCMSA, la CANAM, l'ACOSS et l'Etat.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES REGISSANT LE FONDS AU 31/12/2004

« *Art. L. 862-1.* – Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3 et d'assurer la gestion du crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1.

« Ce fonds, dénommé : "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations oeuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

« Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.

« Le fonds de financement de la protection complémentaire peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.

« *Art. L. 862-2.* – Les dépenses du fonds sont constituées :

« *a)* Par le versement aux organismes de sécurité sociale, au titre de chaque trimestre, d'un montant égal au produit de la somme prévue au III de l'article L. 862-4 par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel le versement est effectué, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du *a* de l'article L. 861-4 ;

« *b)* Par le versement aux organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 des montants définis à l'article L. 862-6 ;

« *c)* Par les frais de gestion administrative du fonds.

« *Art. L. 862-3.* – Les recettes du fonds sont constituées par :

« *a)* Un versement des organismes mentionnés à l'article L. 862-4 établi dans les conditions fixées par ce même article ;

« *b)* Une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le fonds.

« *c)* Une dotation globale de l'assurance maladie versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2.

« *d)* Le produit de la cotisation mentionnée à l'article L. 245-7.

« Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.

« *Art. L. 862-4. - I.* — Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont assujetties, au titre de leur activité réalisée en France, à une contribution à versements trimestriels.

« Cette contribution est assise sur le montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut

d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 1,75 %.

« III. – Les organismes mentionnés au I du présent article déduisent du montant de la contribution due en application du I et du II ci-dessus un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de 76,13 euros par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du *b* de l'article L. 861-4.

Ils déduisent également un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due.

« *Art. L. 862-5.* – Les sommes dues au titre de la contribution visée à l'article L. 862-4 sont versées, au plus tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil au titre des cotisations et primes recouvrées au cours du trimestre civil précédent, aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent être désignés par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes.

« Ces sommes sont recouvrées et contrôlées suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 862-4 peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L. 862-1.

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.

« *Art. L. 862-6.* – Lorsque le montant de la contribution due en application du I et du II de l'article L. 862-4 est inférieur au montant des déductions découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 demandent au fonds le versement de cette différence dans le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-5. Le Fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant.

« *Art. L. 862-7.* – Pour l'application des articles L. 862-I à L. 862-6 :

« *a)* Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses mentionnées aux *a* et *b* de l'article L. 862-2 et les déductions opérées en application du III de l'article L. 862-4 ;

« *b)* Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;

« *c)* Les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de la déduction prévues au même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mise en œuvre au titre du *b* de l'article L. 861-4 ;

« *d)* Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charge et le montant des prestations servies au titre du *a* de l'article L. 861-4.

« *Art L. 863-1.* – Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la contribution due en application de l'article L. 862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues à l'article L. 861-

2, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 15 %.

« Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats.

« Il est égal à 150 € par personne âgée de vingt-cinq à cinquante-neuf ans, de 75 € par personne âgée de moins de vingt-cinq ans et de 250 € par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de l'année.

« Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.

« *Art. L. 863-2.* – La mutuelle, l'entreprise régie par le code des assurances ou l'institution de prévoyance auprès de laquelle le contrat a été souscrit déduit du montant de la cotisation ou prime annuelle le montant du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1.

« Le montant du crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime.

« *Art. L. 863-3.* – L'examen des ressources est effectué par la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. La décision relative au droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. La délégation de pouvoir accordée au directeur de la caisse en application du troisième alinéa de l'article L. 861-5 vaut délégation au titre du présent alinéa. L'autorité administrative ou le directeur de la caisse est habilité à demander toute pièce justificative nécessaire à la prise de décision auprès du demandeur.

« La caisse remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit dont le contenu est déterminé par arrêté interministériel. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le code des assurances, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue à l'article L. 863-2.

« *Art. L. 863-4.* – Les dispositions de l'article L. 861-9 sont applicables pour la détermination du droit à la déduction prévue à l'article L. 863-2.

« *Art. L. 863-5.* – Le fonds mentionné à l'article L. 862-1 rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt.

« *Art. L. 863-6.* – Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est subordonné à la condition que les garanties assurées ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322.2 ».

* * *

« *Art. R.862-1.* - Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

« *Art. R. 862-2.* – Le conseil d'administration du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie comprend sept membres :

« 1° Le président ;

« 2° Trois représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ;

« 3° Deux représentants du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'économie.

« Le président est nommé, pour une période de cinq ans renouvelable, par décret pris sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale. Les autres membres du conseil d'administration sont nommés pour la même durée, renouvelable, par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

« Les fonctions de président et administrateur sont exercées à titre gratuit. Elles ouvrent droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés.

« *Art. R. 862-3.* – Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement.

« Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents.

En cas de partage égal des voix au sein du conseil d'administration, la voix du président est prépondérante.

« Le directeur, le contrôleur financier et l'agent comptable assistent avec voix consultative aux délibérations du conseil.

« *Art. R. 862-4.* – Le conseil d'administration a pour rôle :

« 1° D'adopter le budget du fonds de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie ;

« 2° D'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité ;

« 3° De proposer au Gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds ;

« 4° D'accepter les dons et legs ;

« 5° D'autoriser le directeur à passer les conventions prévues à l'article R. 862-11, qui lui sont soumises par celui-ci.

« Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration sont communiqués au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget dans les quinze jours qui suivent la réunion du conseil.

« *Art. R. 862-5.* – Les délibérations du conseil d'administration portant sur les 1° et 2° de l'article R. 862-4 ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

« Les autres délibérations sont exécutoires à l'expiration du délai de vingt jours suivant la date de réception des procès-verbaux, par les ministres de tutelle à moins qu'ils n'aient fait connaître, dans ce délai, leur refus d'approuver ces délibérations.

« Les ministres de tutelle peuvent, par décision notifiée avant l'expiration du délai, décider de renouveler celui-ci pour une durée de vingt jours, qui court à compter de la date de notification de la décision de renouvellement.

« *Art. R. 862-6.* – Le conseil d'administration est assisté d'un conseil de surveillance dont les membres sont désignés pour une durée de cinq ans. Ce conseil de surveillance est composé de trente membres comprenant :

« 1° Trois membres de l'Assemblée nationale et trois membres du Sénat ;

« 2° Huit représentants des organisations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis notamment au sein d'organismes exerçant une action sanitaire ou sociale ;

« 3° Six représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie :

« a) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dont le président ou son représentant ;

« b) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés, dont le président ou son représentant ;

« c) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, dont le président ou son représentant.

« 4° Dix représentants des organismes de protection sociale complémentaire à raison de :

« a) Cinq représentants des organismes mutualistes, dont trois désignés par la Fédération nationale de la mutualité française, un désigné par la Fédération des mutuelles de France et un désigné par la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles ;

« b) Trois représentants des entreprises d'assurance ;

« 1. Deux représentants de la Fédération française des sociétés d'assurance ;

« 2. Un représentant du groupement des entreprises mutuelles d'assurance ;

« c) Deux représentants désignés par le centre technique des institutions de prévoyance.

« Un représentant du ministre chargé des affaires sociales, un représentant du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'agriculture assistent aux réunions du conseil de surveillance.

« *Art. R. 862-7.* – Le président du conseil de surveillance est nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale parmi les parlementaires qui en sont membres.

« Les fonctions de président et de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Les frais de déplacement sont remboursés dans les conditions prévues par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés.

« *Art. R. 862-8.* – Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement ou par la majorité des membres du conseil.

« Le conseil de surveillance est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds. Il donne son avis sur le rapport annuel d'activité du fonds. Le conseil d'administration peut le consulter sur toute question.

« Il concourt au suivi et à l'analyse de la mise en oeuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financier, sanitaire et social. Il établit à cet effet un rapport annuel transmis au conseil d'administration du fonds et au Parlement.

« *Art. R. 862-9.* – Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est dirigé par un directeur, nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« En cas de vacance provisoire de l'emploi de directeur ou d'empêchement de celui-ci ses fonctions sont exercées par un agent de l'établissement nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

« Le directeur dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment :

« 1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, auquel il rend compte de sa gestion ;

« 2° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

« 3° Il prépare le budget et l'exécute ;

« 4° Il est ordonnateur des dépenses et des recettes du fonds ;

« 5° Il recrute le personnel de l'établissement ;

« 6° Il exerce l'autorité hiérarchique sur le personnel ;

« 7° Il conclut au nom du fonds les marchés publics et les contrats ;

« 8° Il prépare les conventions prévues à l'article R. 862-1 1 et les signe après y avoir été autorisé par le conseil d'administration dans les conditions prévues au 5° du premier alinéa de l'article R. 862-4 ;

« 9° Il organise les contrôles visés à l'article R. 862-13 ;

« 10° Il assure le secrétariat du conseil d'administration et du conseil de surveillance.

« *Art. R. 862-10.* – Les opérations financières et comptables de l'établissement sont effectuées conformément aux dispositions du décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 modifié relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif et du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique. Les disponibilités de l'établissement sont déposées auprès d'un comptable du Trésor.

« L'agent comptable du fonds est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

« Des régies de recettes et d'avances peuvent être instituées conformément aux dispositions du décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics.

« Le fonds est soumis au contrôle financier de l'Etat dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1935 organisant le contrôle financier des offices et des établissements publics autonomes de l'Etat.

« *Art. R. 862-11.* - I. - Le fonds reçoit chaque trimestre des organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 une copie du document déclaratif défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, transmis aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés à l'article L. 862-5, qui comporte notamment :

« 1° L'assiette et le montant de la contribution due par chaque organisme mentionné au I de l'article L. 862-4 ;

« 2° Le nombre de personnes bénéficiant, au titre de cet organisme, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 par application des dispositions du b de l'article L. 861-4 et le montant global de la déduction prévue à la première phrase du III de l'article L. 862-4 au titre de cette prise en charge ;

« 3° Le nombre de personnes ouvrant droit, au bénéfice de cet organisme, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 et le montant global de la déduction prévue à la deuxième phrase du III de l'article L. 862-4 au titre de ce crédit d'impôt. »

« II. - Les modalités de versement des dépenses prévues au *a* de l'article L. 862-2, notamment les montants et les dates de versement par le fonds aux organismes de sécurité sociale des acomptes représentatifs des prévisions de dépenses et de recettes prévues au *a* et au *b* de l'article L. 862-3 ainsi que les pièces ou états justificatifs à produire sont déterminés par des conventions signées respectivement entre :

« *a)* Le fonds et les organismes de sécurité sociale bénéficiaires des versements visés au *a* de l'article L. 862-2 ;

« *b)* Le fonds et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

« *c)* Le fonds et l'Etat.

« III. - Le montant de la dotation globale prévue au *c* de l'article L. 862-3 ainsi que sa répartition entre les régimes d'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 sont fixés, chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Ce montant ne peut excéder, au titre de l'exercice considéré, le montant total des déductions opérées par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 au titre du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1. Dans le cas contraire, la différence entre le montant de la dotation versée et les déductions opérées donne lieu à une régularisation qui intervient dans l'arrêté pris au titre de l'année suivante.

La dotation est versée au fonds par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dans des conditions prévues par convention entre le fonds, cette caisse et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. »

« *Art. R. 862-12. – I. –* Pour l'application du *c* et du *d* de l'article L. 862-7, le fonds reçoit des organismes visés au I de l'article L. 862-4 ou des associations prévues à l'article I. 862-8 et des organismes de sécurité sociale un état retraçant, d'une part, le montant total des prestations servies en application respectivement du *b* et du *a* de l'article L. 861-4 au cours de l'année civile de référence, d'autre part, le montant de la prise en charge de chacun des éléments suivants :

« 1° La participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations suivantes couvertes par les régimes obligatoires :

« *a)* Les honoraires médicaux, les honoraires dentaires et les honoraires des auxiliaires médicaux ;

« *b)* Les médicaments et les dispositifs médicaux à usage individuel ;

« *c)* Les frais d'analyse de biologie médicale ;

« *d)* Les frais de transport ;

« 2° Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

« 3° Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques, les soins d'orthopédie dentofaciale ainsi que pour chacun des dispositifs médicaux à usage individuel mentionnés au 3° de l'article L. 861-3, en distinguant l'optique.

« Ces documents sont envoyés au fonds au plus tard le 30 avril de l'année civile suivante. En outre, le fonds peut demander à tout moment à recevoir certaines des données visées aux 1° à 3° du premier alinéa ci-dessus.

« II. – Pour l'application du *d* de l'article L. 862-7, le fonds reçoit des organismes de sécurité sociale un état retraçant notamment :

« 1° Le nombre de personnes ayant bénéficié d'une décision d'attribution au titre de la protection complémentaire au cours de l'année civile de référence et ayant choisi l'option prévue au *a* de l'article L. 861-4 ;

« 2° Le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du *a* de l'article L. 861-4.

« Cet état est envoyé au fonds au plus tard le 30 avril de l'année civile suivante. En outre, le fonds peut à tout moment demander à recevoir certaines des données visées aux 1° et 2° du premier alinéa ci-dessus.

« III. - Les organismes mentionnés à l'article L. 863-2 sont tenus de communiquer au fonds mentionné à l'article L. 862-1, sur sa demande, tous renseignements nécessaires à l'élaboration du rapport pris pour l'application de l'article L. 863-5 et tous renseignements statistiques relatifs aux bénéficiaires du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2.

« Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes auxquelles elles ont attribué le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2, leur répartition selon les tranches d'âge mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 863-1 et leur répartition géographique.

« Le fonds transmet, à sa demande, les éléments mentionnés aux deux alinéas précédents au ministre chargé de la sécurité sociale. »

« *Art. R. 862-13. –* Le fonds procède aux contrôles prévus au *a* de l'article L. 862-7 et au dernier alinéa de l'article L. 862-8.

« Pour le contrôle des dépenses mentionnées au *a* de l'article L. 862-2, les organismes de sécurité sociale tiennent à la disposition du fonds les pièces justificatives de leur demande de versement, et notamment, pour la période s'y rapportant, d'une part le montant total des prestations servies, d'autre part les pièces justificatives de la prise en charge des bénéficiaires, mentionnant les dates d'entrée et le cas échéant de sortie du dispositif, ainsi que le montant des prestations servies pour chacun de ces bénéficiaires.

« Pour le contrôle des dépenses mentionnées au *b* de l'article L. 862-2 et des déductions effectuées en application du III de l'article L. 862-4, les organismes mentionnés au I de

l'article L. 862-4, ou les associations prévues à l'article L. 862-8, tiennent à la disposition du fonds les pièces justificatives de leur demande de remboursement et des déductions opérées en application du III de l'article L. 862-4. Ces pièces justificatives doivent permettre d'apprécier notamment :

« 1° Pour les dispositifs prévus aux articles L. 861-3 et L. 863-1 :

« a) Le nombre de bénéficiaires, au dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil, de chacun des dispositifs ;

« b) Pour chaque bénéficiaire, les dates d'entrée et, le cas échéant, de sortie de ces dispositifs ;

« 2° Pour le dispositif prévu à l'article L. 863-1, la répartition des bénéficiaires selon les tranches d'âge mentionnées au troisième alinéa de cet article. »

« Le délai de conservation des pièces justificatives est de trois ans ».

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31/12/2004

➤ ***Président*** : Monsieur Michel THIERRY

Inspecteur général des affaires sociales

➤ ***Représentants du ministre chargé de la sécurité sociale***

Le directeur de la sécurité sociale

Le sous-directeur chargé du financement des organismes de sécurité sociale à la direction de la sécurité sociale

Le directeur général de l'action sociale

➤ ***Représentant du ministre chargé de l'économie***

Le directeur du Trésor

➤ ***Représentants du ministre chargé du budget***

Le directeur du budget

Le directeur général de la comptabilité publique

COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE AU 31/12/2004

➤ ***Président***

Monsieur Jean-Marie ROLLAND

➤ ***Membres de l'Assemblée nationale***

Madame Paulette GUINCHARD-KUNSTLER

Monsieur Jacques DOMERGUE

➤ ***Membres du Sénat***

Madame Valérie LETARD

Monsieur Marc MASSION

Monsieur Alain VASSELLE

➤ ***Représentants des organismes ouvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies***

Monsieur Jacky MAMOU	Médecins du monde
Madame Véronique PLICHON	La Croix-Rouge française
Monsieur Raymond GALINSKI	Secours populaire français
Monsieur Fabrice MOLLIEUX	Secours catholique
Monsieur Johan PRIOU	Union nationale inter fédérale des œuvres et organismes privés, sanitaires et sociaux
Monsieur Jean-Marie RABO	Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale
Madame Noëlle LASNE	Médecins sans frontières
Madame Michèle MEZARD	ATD Quart-Monde

➤ ***Représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie***

Au titre de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - CNAMTS

Monsieur Michel REGEREAU

Monsieur Jean BELLET

Au titre de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs non salariés des professions non agricoles - CANAM

Monsieur Guy BONFATTI

Monsieur André BOIS-BOUVIER

Au titre de la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole - CCMSA

Madame Jeannette GROS

Monsieur André BERGER

➤ ***Représentants des organismes de protection sociale complémentaire***

Au titre des organismes mutualistes sur désignation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française - FNMF

Monsieur Maurice RONAT

Monsieur Maurice DURANTON

Monsieur Marcel DUCROUX

Au titre des organismes mutualistes sur désignation de la Fédération des Mutuelles de France - FMF

Monsieur Marc ZAMICHIEI

Au titre des organismes mutualistes sur désignation de la Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles - FNIM

Monsieur Gilles MARCHANDON

Au titre des entreprises d'assurance sur désignation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance - FFSA

Monsieur Alain ROUCHE

Monsieur Gilles JOHANET

Au titre des entreprises d'assurance sur désignation du Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance - GEMA

Madame Bernard SCAGLIOTTI

Au titre des institutions de prévoyance sur désignation du Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP

Monsieur Jean-Louis FAURE

Madame Anne-Lise OLLIVIER

ORGANIGRAMME DU FONDS AU 31/12/2004

FONCTION	NOM
Directeur	Jean-François CHADELAT
Directeur adjoint	Bruno NEGRONI
Agent comptable	Michel GUILLOU
Fondée de pouvoir	Dominique-Jacques LE CHATTON
Conseiller technique	Marc ALLARD
Conseiller technique	Philippe COMTE
Conseiller technique	Olivier QUEROUIL
Assistante	Ursula KPODEKON
Assistante	Sandrine TRAMEÇON
Assistant	Jacky ZANARDO

LISTE DES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT L'ASSIETTE LA PLUS IMPORTANTE EN 2004

SIREN	NATURE	NOM	CP	VILLE	Total assiette 2004	Assiette T1 2004	Assiette T2 2004	Assiette T3 2004	Assiette T4 2004
775 685 399	Mutuelle	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	75748	PARIS CEDEX 15	942 378 206	358 168 452	166 283 515	220 735 328	197 190 911
784 621 468	Institution de Prévoyance	BTP prévoyance	75006	PARIS	706 375 771	175 899 086	159 182 971	183 393 257	187 900 457
322 215 021	Assurance	SwissLife prévoyance et santé	75009	PARIS	680 981 853	165 759 397	170 470 479	167 466 942	177 285 035
310 499 959	Assurance	AXA France vie	92083	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX	669 351 225	175 252 247	151 022 208	182 861 885	160 214 885
775 685 340	Mutuelle	MG - Mutuelle générale	75013	PARIS	557 744 017	131 383 045	142 217 638	139 047 917	145 095 417
542 110 291	Assurance	AGF IARD - Assurances générales de France	92086	PARIS-LA-DEFENSE	527 887 881	139 625 251	130 530 159	130 878 754	126 853 717
775 606 361	Mutuelle	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	45213	MONTARGIS CEDEX	465 949 216	112 898 728	117 728 291	117 294 572	118 027 625
442 224 671	Mutuelle	Préviade-Mutouest	75015	PARIS	419 080 959	178 982 003	85 461 242	72 654 166	81 983548
333 232 270	Institution de Prévoyance	Groupe AG2R - AG2R prévoyance	75680	PARIS CEDEX 14	342 466 725	82 122 267	84 715 188	89 551 892	86 077 378
775 678 584	Mutuelle	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75311	PARIS CEDEX 09	340 513 953	87 665 662	85 783 209	83 535 743	83 529339
318 990 736	Institution de Prévoyance	Uniprévoyance	92800	PUTEAUX	314 574 344	75 648 229	84 248 629	81 074 114	73 603 372
775 691 181	Institution de Prévoyance	Groupe Médéric - Médéric Prévoyance	75317	PARIS CEDEX 09	288 722 752	66 382 104	69 479 524	85 611 496	67 249 628
352 406 748	Assurance	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67906	STRASBOURG CEDEX 9	236 652 795	36 161 989	54 829 165	51 115 769	94 545 872
331 542 142	Mutuelle	MAAF santé	79030	NIORT CEDEX 9	235 644 190	94 914 038	52 966 077	56 812 720	30 951 355
343 084 737	Institution de Prévoyance	URRPIMMEC - Union des régimes de retraite et de prestations en cas d'invalidité et de maladie des industries MMEC	78281	SAINT-QUENTIN-EN- YVELINES CEDEX	235 046 351	55 088 171	59 173 507	60 670 557	30 114 116
432 696 268	Mutuelle	Mutuelle Imadiès	76098	LE HAVRE CEDEX	226 224 000	56 556 000	56 556 000	56 556 000	56 556 000
775 688 658	Mutuelle	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico- dentaire	75762	PARIS CEDEX 16	223 828 137	109 083 681	54 436 789	47 831 438	12 476 229
775 666 324	Mutuelle	Mutuelle nationale militaire	75013	PARIS	203 300 650	57 230 296	46 976 174	52 217 898	46 876 282
382 565 745	Mutuelle	Groupe AG2R - Primamut	75680	PARIS CEDEX 14	201 340 582	49 194 315	49 456 055	50 598 641	59 091 571
304 217 904	Institution de Prévoyance	APGIS - Institution de prévoyance	75577	PARIS CEDEX 12	200 539 977	49 541 680	51 284 502	48 753 787	50 960 008
340 427 616	Assurance	GAN vie	92082	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX 13	194 773 457	50 591 101	47 050 460	49 930 616	47 201 280
394 638 449	Institution de Prévoyance	CAPRICEL prévoyance	45777	SARAN CEDEX	188 215 752	44 484 063	43 527 341	47 004 445	53 199 903
775 652 126	Assurance	MMA - IARD - Les mutuelles de Mans assurances	72030	LE MANS CEDEX 9	186 882 470	65 225 518	39 628 646	35 606 416	46 421 890
341 403 178	Institution de Prévoyance	Groupe Mornay - IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	75012	PARIS	172 803 853	46 552 796	41 256 878	43 097 577	41 896 602

(SUITE) LISTE DES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT L'ASSIETTE LA PLUS IMPORTANTE

SIREN	NATURE	NOM	CP	VILLE	Total assiette 2004	Assiette T1 2004	Assiette T2 2004	Assiette T3 2004	Assiette T4 2004
434 243 085	Mutuelle	Mutuelle Ociane	33054	BORDEAUX CEDEX	165 807 772	52 657 314	31 671 886	48 051 886	33 426 686
412 367 724	Assurance	Quatrem - Assurances collectives	75423	PARIS CEDEX 09	158 884 239	34 914 799	30 017 357	44 056 222	49 895 861
341 334 795	Institution de Prévoyance	Réunica prévoyance	92599	LEVALLOIS-PERRET CEDEX	152 260 345	37 501 837	36 708 270	40 919 650	37 130 588
784 669 954	Mutuelle	Mutuelle interprofessionnelle SMI	75734	PARIS CEDEX 08	152 124 963	38 763 525	37 071 381	37 701 943	38 588 114
302 927 553	Mutuelle	Groupe APICIL AGIRA - Mutuelle Micils	69300	CALUIRE-ET-CUIRE	143 930 015	35 357 794	35 317 989	35 510 262	37 743 970
353 457 245	Assurance	AXA assurances vie mutuelle	92083	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX	143 651 608	40 074 574	30 858 986	38 017 385	34 700 663
383 844 693	Assurance	GROUPAMA Loire-Bretagne	35012	RENNES CEDEX	136 697 588	112 524 090	6 737 306	8 442 737	8 993 455
400 200 804	Mutuelle	Mutuelle Présence	42030	SAINT-ETIENNE CEDEX	135 292 505	53 882 766	29 395 601	30 714 027	21 300 111
321 862 500	Institution de Prévoyance	Groupe APICIL AGIRA - APICIL prévoyance	69300	CALUIRE-ET-CUIRE	135 063 602	33 428 588	33 896 105	34 757 671	32 981 238
775 671 894	Mutuelle	MGP - Mutuelle générale de la police	94027	CRETEIL	133 964 416	33 827 742	33 954 186	32 781 209	33 401 279
340 234 962	Assurance	AGF vie	75002	PARIS	129 103 472	24 224 459	30 148 015	33 697 691	41 033 307
331 691 683	Assurance	Generali France assurances vie	75009	PARIS	128 534 188	25 837 858	31 082 209	35 891 067	35 723 054
781 166 293	Mutuelle	SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France	16020	ANGOULÊME CEDEX	125 810 492	27 760 578	34 914 168	31 526 822	31 608 924
784 442 873	Mutuelle	Mutuelle de la gendarmerie - Caisse nationale du gendarme	75013	PARIS	122 576 184	30 144 145	30 209 379	30 674 153	31 548 507
602 062 481	Assurance	SA Fédération continentale	75009	PARIS	121 045 527	35 732 286	28 437 747	28 437 747	28 437 747
775 671 902	Mutuelle	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	75096	PARIS CEDEX 02	120 668 012	27 630 000	30 547 385	30 747 923	31 742 704
306 522 665	Assurance	AVIVA Assurances	75009	PARIS	120 371 353	42 018 644	26 183 916	26 990 097	25 178 696
775 659 907	Mutuelle	Société mutuelle mieux-être (SMME)	75544	PARIS CEDEX 11	119 043 740	26 030 384	31 176 690	28 412 881	33 423 785
784 718 256	Mutuelle	Groupe Médéric - Médéric mutualité	75317	PARIS CEDEX 09	114 406 996	37 299 146	30 260 898	28 744 639	18 102 313
391 851 557	Assurance	GROUPAMA d'Oc	31071	TOULOUSE CEXEX	114 394 772	107 373 499	2 924 044	58 984	4 038 245
423 406 339	Mutuelle	Sphéria Val-de-France	45025	ORLEANS CEDEX 1	111 242 673	29 129 136	24 156 778	26 830 996	31 125 763
331 067 041	Assurance	Groupe Azur - Azur assurances	28932	CHARTRES CEDEX 09	110 444 241	29 012 529	27 530 343	27 244 366	26 657 003
775 671 910	Mutuelle	MGET - Mutuelle générale de l'équipement et des territoires	75643	PARIS CEDEX 13	107 092 095	25 345 367	25 851 006	29 610 318	26 285 404
552 062 663	Assurance	GENERALI Assurances IARD	75456	PARIS CEDEX 09	105 613 764	29 023 513	24 991 381	27 254 174	24 344 696
784 442 915	Mutuelle	Mutuelle familiale de Paris	75010	PARIS	104 945 411	27 587 415	26 100 802	27 865 564	23 391 630
779 838 366	Assurance	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	69009	LYON	101 952 980	77 647 668	7 532 329	7 448 517	9324 466
381 374 123	Mutuelle	Société mutualiste Malakoff - SMM	78281	SAINT-QUENTIN-EN- YVELINES CEDEX	100 529 740	24 933 514	24 026 155	25 370 387	26 199 684
775 671 993	Mutuelle	Mutuelle bleue	75008	PARIS	97 498 457	26 592 538	26 592 538	25 155 461	19 157 920
329 233 266	Institution de Prévoyance	Groupe APRI - APRI prévoyance	41933	BLOIS CEDEX 9	96 764 057	27 531 543	9 826 914	29 495 771	29 909 829
434 949 319	Mutuelle	Mutuelle Atlantique	44273	NANTES CEDEX 2	96 510 584	25 840 320	24 176 568	26 421 944	20 071 752

(SUITE) LISTE DES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT L'ASSIETTE LA PLUS IMPORTANTE EN 2004

SIREN	NATURE	NOM	CP	VILLE	Total assiette 2004	Assiette T1 2004	Assiette T2 2004	Assiette T3 2004	Assiette T4 2004
429 026 453	Mutuelle	Touraine mutualiste	37017	TOURS CEDEX	92 432 648	19 573 781	22 207 364	24 239 257	26 412 246
434 806 089	Mutuelle	Les mutuelles de la Drôme	26028	VALENCE CEDEX	90 947 819	20 921 903	18 980 080	19 785 252	31 260 584
775 547 128	Mutuelle	Mutuelle Arc-en-Ciel	02100	SAINT QUENTIN	87 111 740	22 449 564	21 497 213	21 485 322	21 679 641
381 043 686	Assurance	GROUPAMA Centre-Atlantique	79000	NIORT	84 372 590	72 348 415	3 403 263	5 381 045	3 239 867
400 984 605	Institution de Prévoyance	Groupe AG2R - CIRPRECA prévoyance	75014	PARIS	82 675 835	19 667 647	19 406 030	22 587 560	21 014 598
775 685 365	Mutuelle	MGPAT - Mutuelle générale des préfectures et de l'administration territoriale	31071	TOULOUSE CEDEX	82 255 975	20 684 856	20 601 556	20 510 039	20 459 524
383 853 801	Assurance	GROUPAMA Centre-Manche	72043	LE MANS CEDEX 9	81 778 225	73 718 278	3 032 845	2 609 424	2 417 678
775 627 391	Mutuelle	Mutuelle Prévanor	59306	VALENCIENNES	81 182 177	18 667 283	19 795 077	18 922 706	23 797 111
379 718 653	Mutuelle	MNPAF - Mutuelle nationale des personnels Air France	95505	ROISSY CDG CEDEX	79 953 664	20 000 528	19 927 265	20 097 982	19 927 889
383 987 625	Assurance	GROUPAMA Nord-Est	51100	REIMS	79 242 575	70 465 368	3 007 946	2 444 650	3 324 611
784 621 476	Mutuelle	Mutuelle civile de la Défense	75739	PARIS CEDEX 15	79 021 378	20 174 082	19 325 473	19 079 907	20 441 916
784 338 675	Mutuelle	Mutuelle de l'armée de l'air	92645	BOULOGNE- BILLANCOURT CEDEX	78 977 747	17 269 828	21 639 474	20 237 674	19 830 771
341 230 381	Mutuelle	MAI - Mutuelle des agents des impôts	75640	PARIS CEDEX 13	78 748 076	20 721 982	19 853 128	19 222 276	18 950 690
340 427 525	Assurance	GAN Eurocourtage Vie	92082	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX	78 405 572	14 095 248	16 802 108	26 186 278	21 321 938
351 272 729	Institution de Prévoyance	CRI prévoyance	92105	BOULOGNE- BILLANCOURT CEDEX	73 597 859	20 048 998	13 505 889	24 561 176	15 481 796
775 657 521	Mutuelle	Mutuelle du ministère de la justice	75001	PARIS	72 662 192	12 067 770	12 128 036	36 300 525	12 165 861
384 496 493	Institution de Prévoyance	IPECA prévoyance	75740	PARIS CEDEX 15	72 657 534	15 998 695	15 487 895	16 255 552	24 915 392
775 595 838	Mutuelle	CCMIHA - Caisse chirurgicale mutualiste de l'Isère et des Hautes-Alpes	38069	GRENOBLE CEDEX 2	71 678 291	18 631 477	16 309 761	18 049 082	18 687 971
384 268 413	Institution de Prévoyance	Bellini prévoyance	75016	PARIS	71 494 284	16 374 465	17 446 390	19 482 972	18 190 457
351 962 949	Mutuelle	Mutuelle de l'Anjou	49028	ANGERS CEDEX 01	69 312 043	16 999 020	16 385 350	18 082 919	17 844 754
351 175 153	Mutuelle	Mutuelle de Vendée	85934	LA ROCHE-SUR-YON CEDEX 9	69 270 010	16 719 631	16 954 175	16 678 455	18 917 749
407 681 964	Institution de Prévoyance	Prémalliance - CIPRA CAPICAF prévoyance	38067	GRENOBLE CEDEX 2	68 847 058	18 000 000	15 418 486	17 714 286	17 714 286
352 358 865	Assurance	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	75015	PARIS	68 708 435	28 947 544	10 906 541	12 598 452	16 255 898
384 839 544	Mutuelle	Mutuelle Prévéa	62036	ARRAS CEDEX	68 380 763	67 892 199	331 961	67 119	89 484
399 191 071	Institution de Prévoyance	Groupe Humanis - CGRCR prévoyance	45165	OLIVET CEDEX	67 631 942	19 974 571	15 052 400	16 058 800	16 546 171
401 095 146	Institution de Prévoyance	CAPAVES prévoyance	95842	SARCELLES	67 220 769	9 430 125	33 690 731	11 271 651	12 828 262
399 530 591	Institution de Prévoyance	Groupe Vézelay - Caisse de prévoyance Haussmann	75008	PARIS	66 548 379	16 179 936	16 213 003	17 525 284	16 630 156

(suite) Liste des 100 organismes d'assurance complémentaire déclarant l'assiette la plus importante en 2004

SIREN	NATURE	NOM	CP	VILLE	Total assiette 2004	Assiette T1 2004	Assiette T2 2004	Assiette T3 2004	Assiette T4 2004
414 261 032	Mutuelle	MNAM - Mutuelle nationale aviation marine	75015	PARIS	65 898 271	17 305 650	16 526 896	16 792 454	15 273 271
379 906 753	Assurance	GROUPAMA Grand-Est	21078	DIJON CEDEX	65 243 236	53 368 138	3 949 610	3 935 486	3 990 002
775 678 550	Mutuelle	MGC - Mutuelle générale des cheminots	75637	PARIS CEDEX 13	64 771 198	16 234 839	16 209 942	16 172 770	16 153 647
775 709 710	Mutuelle	SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	79077	NIORT CEDEX 9	64 197 262	42 798 006	5 650 239	0	15 749 017
342 369 857	Assurance	AVIVA AMIS	75009	PARIS	64 062 508	16 751 227	15 069 934	14 701 106	17 540 241
784 492 084	Mutuelle	Groupe France mutuelle	75551	PARIS CEDEX 11	63 983 804	21 809 924	13 561 017	15 823 339	12 789 524
784 227 894	Mutuelle	Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'AP, des administrations annexes	75003	PARIS	63 431 195	15 631 375	15 068 585	16 846 149	15 885 086
339 358 681	Mutuelle	Groupe APRI - Mutuelle d'accueil et de prévoyance interprofessionnelle - SMAPRI	41932	BLOIS CEDEX 9	63 190 971	10 301 885	14 836 000	16 485 429	21 567 657
776 531 667	Mutuelle	Mutuelle Sud Rhône-Alpes Mieux-être	69346	LYON CEDEX 07	62 906 768	54 229 981	3 912 582	3 452 190	0 312 015
340 359 900	Mutuelle	Mutuelle Intégrance	75018	PARIS	62 746 269	15 136 242	15 300 966	15 438 679	16 870 382
775 641 681	Mutuelle	La mutuelle de l'Est	67082	STRASBOURG CEDEX	62 332 450	8 960 338	7 873 270	8 404 612	37 094 230
781 337 266	Mutuelle	Mutuelle des arts et métiers - SMAM	17034	LA ROCHELLE	61 256 856	15 295 775	15 008 615	15 484 850	15 467 616
303 006 779	Assurance	GROUPAMA Picardie-Ile-de-France	94250	GENTILLY	57 123 412	35 261 427	4 417 403	8 819 815	8 624 767
397 506 171	Institution de Prévoyance	ISICA prévoyance	75305	PARIS CEDEX 09	56 755 905	12 339 317	8 080 132	15 965 282	20 371 174
382 968 865	Mutuelle	Mutuelle Myriade	33079	BORDEAUX CEDEX	56 659 226	14 066 399	14 009 259	14 009 259	14 574 309
776 950 669	Mutuelle	Prévi France mutualité	31000	TOULOUSE	53 505 991	21 916 183	13 215 647	12 389 691	5 984 470
775 722 655	Mutuelle	Mutuelle Renault	92772	BOULOGNE-BILLANCOURT CEDEX	53 384 406	12 973 092	13 294 065	13 456 473	13 660 776
782 152 912	Mutuelle	Mutuelle Oréade	47910	AGEN CEDEX 9	53 229 867	18 843 910	13 312 715	10 576 821	10 496 421
383 179 025	Mutuelle	Mutuelle Unio	71010	MACON CEDEX	53 081 491	13 761 367	13 694 913	13 696 522	11 928 689

LISTE DES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT LE PLUS GRAND NOMBRE DE BENEFICIAIRES EN 2004

SIREN	NATURE	NOM	VILLE	CP	Total 2004	Moyenne 2004	T1 2004	T2 2004	T3 2004	T4 2004
331 542 142	Mutuelle	MAAF santé	NIORT CEDEX 9	79030	203 322	50 831	50 542	51 077	50 596	51 107
442 224 671	Mutuelle	Préviade-Mutouest	PARIS	75015	125 472	31 368	29 589	31 082	31 901	32 900
432 696 268	Mutuelle	Mutuelle Imadiès	LE HAVRE CEDEX	76098	89 813	22 453	20 941	21 965	23 124	23 783
542 110 291	Assurance	AGF IARD - Assurances générales de France	PARIS-LA-DEFENSE	92086	76 979	19 245	18 404	18 626	19 563	20 386
322 215 021	Assurance	SwissLife prévoyance et santé	PARIS	75009	68 499	17 125	16 675	17 147	17 296	17 381
380 987 826	Mutuelle	MPAS - Mutuelle populaire d'action sociale	BASSE-TERRE	97100	64 727	16 182	15 705	16 391	15 443	17 188
434 806 089	Mutuelle	Les mutuelles de la Drôme	VALENCE CEDEX	26028	62 402	15 601	14 739	15 605	15 682	16 376
310 499 959	Assurance	AXA France vie	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX	92083	57 476	14 369	14 000	13 982	15 391	14 103
784 621 468	Institution de Prévoyance	BTP prévoyance	PARIS	75006	39 454	9 864	9 994	9 929	9 870	9 661
434 243 085	Mutuelle	Mutuelle Ociane	BORDEAUX CEDEX	33054	38 923	9 731	9 332	9 657	9 930	10 004
784 442 915	Mutuelle	Mutuelle familiale de Paris	PARIS	75010	37 167	9 292	8 807	9 604	9 365	9 391
320 377 906	Mutuelle	MGPS - Mutuelle générale de prévoyance sociale	BAIE MAHAULT	97122	37 075	9 269	7 046	7 929	9 996	12 104
331 901 942	Mutuelle	MIP - Mutuelle interprofessionnelle de prévoyance	BASSE-TERRE	97100	35 880	8 970	8 050	8 399	9 048	10 383
434 949 319	Mutuelle	Mutuelle Atlantique	NANTES CEDEX 2	44273	35 584	8 896	8 565	8 884	8 937	9 198
775 678 584	Mutuelle	MNT - Mutuelle nationale territoriale	PARIS CEDEX 09	75311	34 122	8 531	8 782	8 923	8 282	8 135
775 685 399	Mutuelle	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	PARIS CEDEX 15	75748	33 275	8 319	7 477	8 328	8 544	8 926
775 671 993	Mutuelle	Mutuelle bleue	PARIS	75008	33 082	8 271	8 206	8 021	8 458	8 397
775 652 126	Assurance	MMA - IARD - Les mutuelles de Mans assurances	LE MANS CEDEX 9	72030	32 737	8 184	7 618	7 980	8 723	8 416
400 200 804	Mutuelle	Mutuelle Présence	SAINT-ETIENNE CEDEX	42030	32 527	8 132	7 767	8 314	8 215	8 231
352 406 748	Assurance	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	STRASBOURG CEDEX 9	67906	32 203	8 051	7 612	7 997	8 192	8 402
429 026 453	Mutuelle	Touraine mutualiste	TOURS CEDEX	37017	31 118	7 780	7 365	7 805	7 905	8 043
324 593 979	Mutuelle	Mutuelle Unité fraternelle des régions	ROBERT	97231	28 291	7 073	7 510	6 317	7 067	7 397
398 022 038	Mutuelle	Concept mutuelle	POINTE-A-PITRE	97110	27 350	6 838	7 372	6 985	6 493	6 500
400 949 913	Mutuelle	Euro mutuelle	BAIE-MAHAULT	97122	25 963	6 491	6 592	6 381	6 490	6 500
775 685 340	Mutuelle	MG - Mutuelle générale	PARIS	75013	25 632	6 408	5 769	6 348	6 864	6 651
780 707 287	Mutuelle	MUTI - MIM - Mutuelle interprofessionnelle de Basse-Normandie	CAEN CEDEX	14028	24 135	6 034	5 868	5 976	6 013	6 278
779 311 281	Mutuelle	Les mutuelles de l'Ain	BOURG-EN-BRESSE CEDEX	01017	23 856	5 964	6 024	6 042	5 873	5 917
776 060 238	Mutuelle	Languedoc mutualité	MONTPELLIER CEDEX 2	34264	21 886	5 472	5 244	5 447	5 507	5 688
775 553 142	Mutuelle	Mutuelle Arpica	PRIVAS CEDEX	07002	21 714	5 429	5 200	5 433	5 467	5 614

(SUITE) LISTE DES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT LE PLUS GRAND NOMBRE DE BENEFICIAIRES EN 2004

SIREN	NATURE	NOM	VILLE	CP	Total 2004	Moyenne 2004	T1 2004	T2 2004	T3 2004	T4 2004
423 406 339	Mutuelle	Sphéria Val-de-France	ORLEANS CEDEX 1	45025	21 114	5 279	4 969	5 308	5 375	5 462
306 522 665	Assurance	AVIVA Assurances	PARIS	75009	20 619	5 155	4 747	5 026	5 438	5 408
775 606 361	Mutuelle	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	MONTARGIS CEDEX	45213	20 429	5 107	4 774	5 056	5 304	5 295
383 179 025	Mutuelle	Mutuelle Unio	MACON CEDEX	71010	19 536	4 884	4 685	4 857	4 969	5 025
314 559 451	Mutuelle	Mutuelle Mare-Gaillard	LE GOSIER	97190	17 880	4 470	6 346	6 335	3 785	1 414
775 709 710	Mutuelle	SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	NIORT CEDEX 9	79077	17 748	4 437	4 507	4 413	4 357	4 471
391 851 557	Assurance	GROUPAMA d'Oc	TOULOUSE CEDEX	31071	17 411	4 353	4 338	4 409	4 289	4 375
442 449 690	Mutuelle	Releya	DIJON CEDEX	21002	16 858	4 215	3 981	4 199	4 289	4 389
783 806 136	Mutuelle	Mutuelle La famille	ROUBAIX	59100	16 576	4 144	4 165	4 209	4 036	4 166
351 962 949	Mutuelle	Mutuelle de l'Anjou	ANGERS CEDEX 01	49028	16 368	4 092	3 861	3 999	4 235	4 273
351 175 153	Mutuelle	Mutuelle de Vendée	LA ROCHE-SUR-YON CEDEX 9	85934	15 118	3 780	3 652	3 738	3 814	3 914
775 595 838	Mutuelle	CCMIHA - Caisse chirurgicale mutualiste de l'Isère et des Hautes-Alpes	GRENOBLE CEDEX 2	38069	14 994	3 749	3 849	3 742	3 625	3 778
414 588 004	Mutuelle	Alteis mutuelles	REIMS CEDEX	51073	14 348	3 587	3 552	3 588	3 595	3 613
331 067 041	Assurance	Groupe Azur - Azur assurances	CHARTRES CEDEX 09	28932	13 383	3 346	3 248	3 294	3 302	3 539
783 169 220	Mutuelle	Mutuelle du Var	TOULON	83000	13 321	3 330	3 051	3 120	3 493	3 657
343 142 659	Assurance	Suravenir assurances	NANTES CEDEX 9	44931	13 219	3 305	2 983	3 266	3 447	3 523
383 844 693	Assurance	GROUPAMA Loire-Bretagne	RENNES CEDEX	35012	12 302	3 076	2 887	3 155	3 100	3 160
413 930 751	Mutuelle	Mutuelle Antillaise	POINTE-A-PITRE	97110	12 174	3 044	3 279	2 911	2 994	2 990
776 346 405	Mutuelle	Roanne mutuelle	ROANNE CEDEX	42335	10 818	2 705	2 821	2 626	2 782	2 589
782 395 511	Mutuelle	Mutuelles du Soleil	NICE CEDEX 1	06005	10 748	2 687	2 567	2 677	2 720	2 784
781 123 450	Mutuelle	SMENO - Société mutualiste des étudiants du Nord-Ouest	LILLE CEDEX	59046	10 526	2 632	2 682	2 344	2 759	2 741
785 151 689	Mutuelle	Les ménages prévoyants	VERSAILLES CEDEX	78028	10 449	2 612	2 486	2 564	2 640	2 759
350 126 009	Mutuelle	Mutuelle MGTI	SAINT-ETIENNE CEDEX 1	42029	10 340	2 585	2 416	2 548	2 632	2 744
778 297 390	Mutuelle	Mutuelle Bisontine	BESANCON CEDEX	25041	10 279	2 570	2 420	2 485	2 641	2 733
379 906 753	Assurance	GROUPAMA Grand-Est	DIJON CEDEX	21078	10 033	2 508	2 370	2 513	2 531	2 619
382 968 865	Mutuelle	Mutuelle Myriade	BORDEAUX CEDEX	33079	9 402	2 351	2 310	2 326	2 326	2 440
444 102 313	Mutuelle	UDMG - Mutuelle Saint-Pierre et Saint-Paul	POINTE-A-PITRE	97110	9 342	2 336	2 678	2 660	2 204	1 800
429 121 080	Mutuelle	Radiancé	CHAMBERY CEDEX	73026	9 326	2 332	2 317	2 376	2 300	2 333
779 838 366	Assurance	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	LYON	69009	8 860	2 215	2 042	2 243	2 271	2 304
777 907 775	Mutuelle	Groupe Radiancé - CPSM	VANNES	56000	8 800	2 200	2 070	2 152	2 263	2 315

(SUITE) LISTE DES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT LE PLUS GRAND NOMBRE DE BENEFICIAIRES EN 2004

SIREN	NATURE	NOM	VILLE	CP	Total 2004	Moyenne 2004	T1 2004	T2 2004	T3 2004	T4 2004
342 369 857	Assurance	AVIVA AMIS	PARIS	75009	8 716	2 179	2 105	2 132	2 299	2 180
775 021 850	Mutuelle	Mutuelle du Cher	BOURGES CEDEX	18023	8 538	2 135	1 929	2 176	2 181	2 252
779 209 386	Mutuelle	Mutuelle interprofessionnelle et familiale du Puy-de-Dôme (MIF)	CLERMONT-FERRAND CEDEX 1	63038	8 465	2 116	2 053	2 133	2 127	2 152
776 531 667	Mutuelle	Mutuelle Sud Rhône-Alpes Mieux-être	LYON CEDEX 07	69346	8 427	2 107	1 964	2 093	2 136	2 234
783 332 448	Mutuelle	MGEL - Mutuelle générale des étudiants de l'Est	NANCY CEDEX	54042	8 407	2 102	1 980	2 087	2 122	2 218
775 653 355	Mutuelle	Les mutuelles savoyardes	CHAMBERY CEDEX	73021	8 186	2 047	2 008	2 013	2 125	2 040
317 442 176	Mutuelle	Novalia Mutuelle	AVIGNON	84000	7 888	1 972	1 808	1 945	2 024	2 111
442 884 177	Mutuelle	LMB - Les mutuelles bourbonnaises	MOULINS	03012	7 570	1 893	1 876	1 896	1 911	1 887
776 190 308	Mutuelle	Mutuelle La roussillonnaise	PERPIGNAN CEDEX	66866	7 551	1 888	3 262	2 253	1 496	540
776 042 301	Assurance	GROUPAMA Sud	MONTPELLIER CEDEX 2	34261	7 493	1 873	1 669	1 895	1 936	1 993
324 310 614	Mutuelle	SMISO Mutuelle - Société mutualiste interprofessionnelle	SAINT-OMER CEDEX	62503	7 377	1 844	1 794	1 855	1 846	1 882
410 220 248	Mutuelle	CAP mutuelle	ANTIBES CEDEX	06607	7 375	1 844	1 809	1 938	1 845	1 783
775 369 887	Mutuelle	Mutuelle familiale du Loir-et-Cher	BLOIS CEDEX	41013	7 153	1 788	1 731	1 784	1 789	1 849
381 043 686	Assurance	GROUPAMA Centre-Atlantique	NIORT	79000	7 112	1 778	1 814	1 752	1 772	1 774
775 659 907	Mutuelle	Société mutuelle mieux-être (SMME)	PARIS CEDEX 11	75544	7 087	1 772	1 833	1 798	1 720	1 736
779 558 501	Mutuelle	MCI - Mutuelle complémentaire interprofessionnelle	GRENOBLE	38000	7 073	1 768	1 622	1 684	1 814	1 953
394 322 283	Mutuelle	Mutuelle Le Sacré Coeur	POINTE-A-PITRE	97110	7 065	1 766	1 490	1 630	1 945	2 000
782 152 912	Mutuelle	Mutuelle Oréade	AGEN CEDEX 9	47910	6 926	1 732	3 144	2 316	1 202	264
775 849 631	Mutuelle	Mutuelle du Sud	ALES	30100	6 711	1 678	1 511	1 640	1 689	1 871
309 104 099	Mutuelle	La mutuelle verte	TOULON CEDEX 9	83041	6 646	1 662	1 576	1 615	1 689	1 766
302 412 523	Mutuelle	Mutuelles de France de l'Ardèche	LE TEIL	07400	6 641	1 660	1 648	1 665	1 633	1 695
400 839 577	Mutuelle	UDMG - Mutuelle de Saint-François	SAINT-FRANCOIS	97118	6 542	1 636	1 535	1 767	1 673	1 567
775 778 814	Mutuelle	Mutuelle de l'Aude	CARCASSONNE CEDEX 9	11885	6 237	1 559	2 759	1 970	1 095	413
317 255 230	Mutuelle	Mutuelle générale de la Corse	BASTIA CEDEX	20296	6 169	1 542	1 583	1 585	1 470	1 531
353 457 245	Assurance	AXA assurances vie mutuelle	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX	92083	6 008	1 502	1 326	1 470	1 647	1 565
384 734 869	Mutuelle	MCM - Mutuelle chirurgicale médicale	MARSEILLE	13001	5 995	1 499	1 476	1 535	1 467	1 517
775 715 683	Assurance	Mutuelle de Poitiers assurances	LIGUGE	86240	5 869	1 467	1 397	1 400	1 515	1 557
430 383 125	Mutuelle	Mutuelle Santévie UMT	ALBI CEDEX 09	81018	5 634	1 409	2 765	1 867	1 001	1
343 743 159	Mutuelle	Périgord mutualité	PERIGUEUX CEDEX	24020	5 633	1 408	1 353	1 415	1 422	1 443
775 681 042	Mutuelle	Mutuelle MOCEN - La mutuelle des associations	PARIS CEDEX 01	75021	5 532	1 383	1 344	1 339	1 369	1 480

(suite) Liste des 100 organismes d'assurance complémentaire déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires en 2004

SIREN	NATURE	NOM	VILLE	CP	Total 2004	Moyenne 2004	T1 2004	T2 2004	T3 2004	T4 2004
775 983 968	Mutuelle	Mutuelle Force Sud	BEZIERS CEDEX	34535	5 368	1 342	2 503	1 698	898	269
383 853 801	Assurance	GROUPAMA Centre-Manche	LE MANS CEDEX 9	72043	5 367	1 342	1 295	1 352	1 375	1 345
403 589 856	Mutuelle	Mutuelle interprofessionnelle Guadeloupe-Guyane	POINTE-A-PITRE	97110	5 349	1 337	1 115	1 366	1 469	1 399
779 209 410	Mutuelle	Auvergne mutualiste	CLERMONT-FERRAND	63000	5 286	1 322	1 288	1 317	1 345	1 336
399 511 906	Mutuelle	MUPAS - Mutuelle complémentaire et de prévoyance des assurés sociaux	FORT-DE-FRANCE	97200	5 259	1 315	1 181	1 236	1 352	1 490
781 343 249	Mutuelle	Mutuelles de France - Bretagne-Centre-Océans	AYTRE	17440	5 004	1 251	1 204	1 238	1 260	1 302
782 689 517	Mutuelle	Mutuelle provençale d'Aix	AIX-EN-PROVENCE	13100	4 983	1 246	2 383	1 649	809	142
777 461 385	Mutuelle	CPSAC - Mutuelle Action	SAINT-BRIEUX CEDEX 1	22021	4 848	1 212	1 137	1 221	1 219	1 271
408 824 985	Assurance	Assurances du crédit mutuel - Nord IARD	STRASBOURG CEDEX	67010	4 788	1 197	1 143	1 180	1 204	1 261
777 621 483	Mutuelle	CPSF mutuelle action - Caisse de prévoyance sociale du Finistère	QUIMPER	29193	4 762	1 191	2 160	1 560	820	222
779 904 648	Mutuelle	Groupe Radiance - LMRA	LYON CEDEX 06	69006	4 715	1 179	1 174	1 195	1 172	1 174

LES DIFFICULTES D'ACCES AU DROIT POUR LA CMU : DELAIS D'IMMATRICULATION, DELIVRANCE DE LA CARTE VITALE, TIERS PAYANT.

Les associations, et notamment Médecins sans frontières, ont soulevé devant le conseil de surveillance du Fonds CMU, plusieurs questions techniques, concernant l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. Lors de sa séance du 25 novembre 2003, le conseil de surveillance a décidé de demander une étude de ces questions. Les associations ont souligné qu'elles travaillent auprès d'un public en grande difficulté. Leur point de vue est donc inévitablement spécifique. Leurs questions portent sur des points particuliers de la mise en œuvre du droit et ne remettent pas en cause le bilan largement positif qu'elles font de la CMU.

Les principaux points soulevés par le courrier de Médecin sans frontières (annexe 1) concernent :

- l'affiliation sans délais à l'assurance maladie, difficile à obtenir.
- les délais d'immatriculation qui peuvent être longs, voire très longs.
- les pièces justificatives demandées pour passer d'un numéro provisoire à un numéro définitif.
- les cas de non délivrance de la carte VITALE.
- les refus de tiers payant par les professionnels de santé qui exigent la présentation de la Carte VITALE.

Ces difficultés concernent en premier chef l'accès à l'assurance maladie de base, notamment pour les étrangers.

A la suite de cette question, deux réunions entre les associations, la CNAMTS et le Fonds CMU ont été organisées afin de cerner les problèmes posés (cf. en annexe 2, les comptes rendus de réunion). Des travaux complémentaires ont été menés par la CNAMTS, qui sont repris dans le présent document.

1. L'affiliation sans délais (article L. 161-2-1 du code de la sécurité sociale) :

A - La loi instaure le principe d'une affiliation sans délais au régime général de l'assurance maladie sur simple critère de résidence, pour toute personne résidant de façon stable et régulière depuis plus de trois mois sur le territoire français (sauf cas particuliers pouvant dispenser de cette période de stage).

La procédure spécifique de l'affiliation immédiate concerne un public limité en nombre, qui est celui auprès duquel travaillent les associations humanitaires.

Les recherches en vue d'établir si la personne a des droits ouverts dans un régime obligatoire (au titre d'une activité professionnelle ou comme ayant droit) sont réalisées a posteriori par la caisse. En l'absence de NIR², et si la personne ne figure pas au SNGI³ (Système National de Gestion des Identités), un numéro provisoire lui est attribué.

² Numéro d'identification au répertoire de l'INSEE, attribué aux personnes nées en France.

³ Ce registre sur lequel sont recopiées les identités, est géré par la CNAV. Il est utilisé comme référent pour les différents régimes de sécurité sociale.

Cette procédure d'affiliation immédiate prend ainsi acte du caractère « universel » de l'assurance maladie. La totalité de la population relevant de la sécurité sociale, le droit peut être présumé acquis sans inconvénients. Les questions concernant le régime d'affiliation, et la caisse gestionnaire sont ainsi secondes par rapport au principe d'une assurance unifiée.

B - Le groupe de travail note que dans la pratique cette procédure d'affiliation sans délais n'est pas toujours mise en œuvre. Les raisons invoquées sont diverses :

- L'admission sans délais est parfois méconnue par les agents des caisses (prégnance de la culture du contrôle a priori)⁴.
- D'autres agents invoquent leur réticence à attribuer un numéro provisoire à des personnes qui ne seraient pas en mesure de fournir les pièces justificatives nécessaires à la liquidation de leur dossier administratif.

Pratiquement, le recours à l'ouverture sans délai des droits à l'assurance maladie concerne plutôt les hospitalisations et des urgences médicales. Il semble surtout que l'admission sans délai dépende de la politique adoptée dans chaque caisse.

Le principe de l'affiliation immédiate, inscrit dans le code de la sécurité sociale depuis la loi instaurant la CMU, est défendu par les associations. C'est un principe et un objectif de qualité de service pour faire avancer des dossiers difficiles. Il marque un progrès par rapport à la situation antérieure, où des personnes pouvaient avoir des droits virtuels qu'elles ne parvenaient pas à faire valoir tant qu'elles n'apportaient pas les preuves de leur condition d'ouverture des droits, dans le cadre d'une législation bien souvent opaque pour les usagers.

C – Il n'est pas possible de chiffrer le nombre de situations où le recours à l'affiliation immédiate est refusé, ni de connaître le nombre de cas où cette demande est formulée. La procédure spécifique de l'affiliation immédiate concerne un public limité en nombre, qui est celui auprès duquel travaillent les associations humanitaires.

Lorsque l'affiliation immédiate n'est pas réalisée, les associations citent des cas où les délais d'ouverture des droits à l'assurance maladie sont beaucoup trop longs : Médecins du monde signale des délais pouvant dépasser un mois dans certains cas.

La clarification sur les conditions de recours à l'affiliation immédiate, comme possibilité de répondre à des situations particulières, conduit en fait à la seconde interrogation plus fondamentale concernant l'immatriculation, et l'attribution d'un numéro provisoire ou définitif.

2. L'immatriculation :

A - Les caisses d'assurance maladie doivent assurer l'instruction de la procédure d'attribution d'un numéro de sécurité sociale aux personnes qui en sont encore dépourvu. Elles assurent cette tâche pour le compte des services de l'INSEE⁵ pour les personnes nées en métropole ou dans les DOM..

Dans la grande majorité des cas, la procédure d'immatriculation ne présente pas de difficultés pour les personnes nées en Métropole ou dans les DOM. Certaines situations

⁴ Cette erreur est fréquente. Le site www.service-public.fr indique par exemple que l'affiliation à la CMU de base ne prend effet qu'à réception du dossier complet. Il s'agit d'une interprétation non conforme au Code de la SS.

⁵ La tâche de créer et de gérer un répertoire national des personnes a été confiée à l'INSEE dès sa constitution en 1946.

font toutefois l'objet de contrôles et de recherches (erreurs de numéros, dossiers perdus). La question concerne aussi certains jeunes arrivant sur le marché du travail.

A l'avenir, on peut espérer que ces situations de recherche d'immatriculation seront mieux réglées. Elles ne devraient plus concerner les enfants nés sur le territoire depuis 1990 qui sont immatriculés à la naissance via un circuit automatisé avec les mairies où sont déclarées les naissances, même si leurs droits à l'assurance maladie sont ouverts sous le numéro de leur ouvrant droit. L'attribution d'une carte d'ayant droit autonome introduite par la loi instaurant la CMU (CSS L. 161-14-1) devrait aussi permettre de régler en amont un grand nombre de situations⁶.

Le besoin d'immatriculation concerne donc principalement les nouveaux arrivants sur le territoire national et les personnes nées hors de France ou dans les TOM. La gestion de cette procédure spécifique est effectuée par le SANDIA⁷ (service de la CNAV à Tours depuis 1988, par délégation de l'INSEE). Le SANDIA doit créer une identification qui sera recopiée sur le fichier du SNGI (Système national des identifications).

B - Pour ces personnes, la caisse d'assurance maladie effectue une demande d'immatriculation. Il ressort de la discussion avec les associations l'impression d'un certain flottement quand aux documents exigés et exigibles pour procéder à l'immatriculation. Pour certains demandeurs, la fourniture des pièces justificatives pose en effet de réelles difficultés (demandeurs d'asile ayant fui leur pays, pays en guerre ou dévastés par les conflits). Pour d'autres, il semble difficile de déterminer avec précision quelles pièces sont nécessaires. Le dossier traîne ou n'aboutit pas, sans pouvoir en déterminer la raison.

- la CNAMTS rappelle que le passeport constitue un document suffisant pour l'immatriculation des personnes étrangères, sans besoin d'un extrait d'acte de naissance ou autre acte d'état civil qui retarde la procédure et qu'il est souvent impossible de fournir. La Lettre réseau LR-DRM-10/2004 du 28 janvier 2004 rappelle ces principes⁸.

- les associations signalent des pratiques de caisse très hétérogènes et souvent éloignées des principes évoqués ci dessus. La CNAMTS reconnaît que, les caisses étant autonomes dans leur gestion, elles peuvent avoir une certaine marge d'interprétation dans leur pratique. Mais il reste utile de signaler certaines difficultés récurrentes, pour essayer de les corriger.

- les délais d'immatriculation sont très variables et difficiles à maîtriser, car les caisses renvoient sur le SANDIA qui n'accepte pas toujours d'attribuer un NIR définitif à partir des pièces fournies.

C - A la suite de ces échanges, des travaux complémentaires réalisés par la CNAMTS ont montré que les rapports avec le SANDIA constituaient une véritable difficulté pour les caisses locales⁹. Une enquête réalisée sur échantillon auprès de quelques caisses montre que l'échange entre les CPAM qui demandent l'immatriculation et le SANDIA ne fonctionne pas bien et ne peut permettre une bonne qualité de service.

⁶ Cette disposition législative a toutefois été mise en œuvre avec retard et n'avait pas produit tous les effets escomptés dans la période d'observation des associations.

⁷ Service Administratif National d'Immatriculation des Assurés.

⁸ La CNAM précise : « Pour les personnes nées hors de France ou dans les TOM, les demandes d'immatriculation sont établies par les caisses. Seules la certification de l'état civil et l'attribution d'un NIR ne dépend pas des caisses mais relève du SANDIA. En ce qui concerne la législation et la vérification des actes civils étrangers, les agents diplomatiques et consulaires pourraient désormais procéder à la légalisation ou à la vérification de tout acte civil étranger de leur propre initiative, en cas de doute sur son authenticité. Cette disposition pourrait donc allonger les délais d'obtention d'un visa ou d'une transcription d'un acte d'état civil d'autant plus, qu'un mécanisme de sursis à statuer pourrait être mis en place pour permettre ces vérifications.

Par ailleurs, il est vrai que l'extrait d'acte de naissance n'est plus exigé pour justifier de l'état civil d'un ressortissant étranger. Néanmoins, la circulaire CNAMTS du 21/05/2001 précise qu'en cas de litiges avec le SANDIA, la copie de l'extrait d'acte de naissance pourra être l'une des pièces qui sera réclamée au bénéficiaire.

⁹ La caisse nationale n'a pas d'échanges avec les services de l'INSEE. Seules les caisses locales interviennent sur ce sujet, ce qui peut contribuer au son manque de visibilité du sujet.

Les caisses envoient la demande d'immatriculation avec copie des éléments du dossier qu'elles ont pu réunir (état civil, passeport, etc.). Le SANDIA renvoie les dossiers refusés, avec un code indiquant les problèmes rencontrés. Certains motifs sont explicites (pièces illisibles, absence de tel ou tel document), mais le tiers des réponses sont des refus sans motifs, sur des dossiers considérés par les caisses comme complets. Comme les caisses n'ont pas de possibilité d'avoir un contact direct avec le SANDIA, elles reconstituent un nouveau dossier avec les pièces qu'elles pensent faire défaut.

La nature des pièces justificatives fait aussi parfois problème : en principe, le passeport est une pièce suffisante, mais il semble qu'il ne soit pas toujours reconnu comme tel par les services procédant à l'examen du dossier. Il est souvent difficile de savoir si c'est la nature de la pièce qui fait question, ou la qualité du document ou de sa copie.

D - La CNAMTS a fait part de son souhait d'entreprendre une concertation beaucoup plus étroite avec le SANDIA pour clarifier le protocole d'échanges : les envois répétés, la recherche à l'aveuglette des bonnes réponses provoque des pertes de temps importante pour les services, et sont frustrantes pour les usages qui ne peuvent avoir de réponses claires à leurs questions.

L'amélioration du service rendu est possible, et constitue un acquis de l'interrogation des associations. La Caisse nationale doit entreprendre prochainement une action en ce sens.

Il reste néanmoins que certaines personnes ne pourront obtenir une immatriculation définitive, sur une période longue ou définitivement en raison de l'insuffisance des documents fournis, ou de leur inaccessibilité.

Ce qui introduit à la question des immatriculations provisoires.

3. Les immatriculations provisoires :

A - L'immatriculation provisoire est un des outils permettant aux caisses de répondre aux situations évoquées plus haut : l'admission immédiate à l'assurance maladie des personnes dont les droits ne sont pas établis, et les situations où les personnes sont en attente d'un numéro définitif.

Ces numéros provisoires concernent des situations très diverses :

- des personnes étrangères en attente de numéro définitif, pendant la période d'instruction. C'est la situation la plus fréquente.
- des personnes dont il faut retrouver les droits antérieurs (documents perdus, insuffisance des documents fournis, longs séjours à l'étranger). Ces personnes sont déjà immatriculées, et il faut rétablir la continuité des droits et trouver leur régime d'appartenance.
- des jeunes entrant sur le marché du travail (situations signalées notamment par les missions locales).
- des personnes qui vont se trouver durablement, voir définitivement, sous numéro provisoire, parce qu'elles ne pourront pas fournir les documents permettant l'attribution d'un NIR.

Dans le cadre des immatriculations provisoires, on trouve des personnes dans une situation très temporaires, qui vont voir leur situation rapidement régularisée. La montée en charge progressive du Répertoire National Inter-régime des bénéficiaires de l'Assurance Maladie et l'autorisation d'accès donnée aux agents des caisses¹⁰ au cours de

¹⁰ L'arrêté du 16 janvier 2004 (JO du 8 février 2004) a défini les conditions d'usage de ce registre.

l'année 2004 va probablement permettre de traiter plus rapidement ces dossiers (voir fin de l'article 1 de l'arrêté en annexe 4).

B - Il va y avoir aussi comme nous l'avons vu des situations durables, qui vont poser des problèmes propres de gestion. Ces problèmes sont de plusieurs ordres :

- la carte VITALE n'est pas attribuée aux personnes sous numéro provisoire. Cette disposition est en partie justifiée par le fait que ces immatriculations étant provisoires, l'attribution d'une carte VITALE engendrerait des surcoûts, et un flux supplémentaire de cartes à récupérer.
- l'absence de carte VITALE ne permet pas obtenir la mise en œuvre du tiers payant chez un nombre croissant de professionnels de santé. Il ne s'agit pas d'une impossibilité technique, puisque le tiers payant peut tout aussi bien être obtenu à partir des feuilles de soins papier, mais d'une facilité de gestion pour les professionnels qui sont réglés rapidement et sans paperasse à travers les flux électroniques.
- certaines populations particulièrement fragiles, comme les demandeurs d'asile, sont assez systématiquement assurées sous numéro provisoire.

C - La CNAMTS a essayé de chiffrer l'ampleur du phénomène des immatriculations provisoires. Il n'a pas été possible d'établir la proportion des assurés sociaux sous numéro provisoire, dans le cadre de ce travail.

Une analyse a été effectuée dans quelques caisses à partir d'un échantillon de dossiers portant sur des personnes sous numéro provisoire depuis plus de 6 mois. Le délai entre l'attribution du numéro provisoire et la date de l'étude est d'environ 300 jours dans deux caisses et de plus de 600 dans une. Il s'agit à plus de 90 % de personnes nées à l'étranger. Le tiers a fait l'objet d'un rejet comme « non identifié », et il est difficile de différencier ces situations de celles où les pièces justificatives manquent, sont insuffisantes ou de mauvaise qualité.

4. La carte VITALE :

A - Les questions initiales des associations concernaient les délais de délivrance de la carte VITALE. Le travail du groupe a mis en lumière des questions plus complexe, se situant en amont : procédures d'immatriculations, création d'un numéro provisoire. Les participants ont confirmé l'utilité de ces éclaircissements qui situent les problèmes au niveau où ils doivent trouver une réponse, tout en regrettant les obstacles à la généralisation de la carte VITALE pour certains publics. Les questions portant sur les délais ont aussi été revues, car les documents présentés par les associations ne pouvaient distinguer les différentes étapes.

Un certain nombre de constats sur le fonctionnement de la carte VITALE ont pu néanmoins être faits, portant sur des délais anormaux, sur des difficultés de mise à jour des cartes dans les bornes, sur la multiplication des situations où il faut remplacer la carte à l'occasion de changements de situation (déménagement, naissance d'un enfant, statut étudiant), sur des refus de renouvellement des cartes, avec demande de justificatifs sur l'identité et l'état civil.

B - La CNAMTS a fait un certain nombre de mises au point, indiquant que le dispositif des cartes VITALE n'était pas encore consolidé, même si les progrès sont notables, et si la situation évolue rapidement.

On peut rappeler quelques points :

- le Répertoire inter régime est opérationnel depuis peu, ce qui fait que chaque régime édite sa propre carte (non seulement pour les régimes de base comme le régime agricole,

mais aussi pour les « régimes » étudiant). Le texte permettant sa mise en œuvre et sa consultation est néanmoins sorti en cours d'année, comme signalé plus haut.

- le fichier national ne fonctionne pas encore : les cartes sont éditées au niveau des centres de gestion informatique régionaux ou interrégionaux, et ne sont pas transportables quand les personnes changent de région informatique. Les caisses accueillantes lors d'un déménagement doivent alors récupérer les cartes, pour en fournir d'autres neuves. Cette situation devrait se régler prochainement.

- la diffusion de la carte autonome pour les ayant droit a pris du retard, et n'est pas encore achevée.

- les bornes de mise à jour des cartes VITALE, qui permettent notamment d'enregistrer la période de validité de la CMU et d'ouvrir le tiers payant, ont un fonctionnement « aléatoire ». Un rapport de 2002 estime que selon les caisses il y avait d'énormes disparités dans la répartition des bornes et que le taux de réussite des mises à jour ne dépassait pas 65 %. La situation est due au vieillissement du matériel et à sa mauvaise configuration. Ces matériels sont en cours d'amélioration, permettant notamment la mise à jour à partir du lecteur de certains professionnels de santé (pharmacies).

- une procédure de consolidation et de certification des NIR, à l'occasion de la délivrance de nouvelles cartes, a fortement perturbé l'ensemble de la procédure : toutes les anomalies provoquent le rejet de la demande de renouvellement de la carte VITALE. Ces rejets concernent notamment des jeunes arrivant sur le marché du travail, et des personnes nées à l'étranger. Ces dysfonctionnements ont suscité un très fort mécontentement des usagers, et une incompréhension totale : demander à des personnes assurées depuis 40 ans leurs justificatifs est déconcertant. Les caisses ont mis en place une procédure de forçage du numéro des cartes, pour éviter le blocage des renouvellements (voir Lettre réseau CNAMTS en annexe 5).

C - Un document d'évaluation interne sur les délais de délivrance des cartes VITALE a été diffusé par la CNAMTS (Lettre réseau CNAMTS du 23 mars 2004, en annexe 6). Il manifeste l'attention portée à la nécessité d'une meilleure qualité de service : les délais de fabrication et de diffusion de la carte sont relativement maîtrisés par les prestataires, mais les phases d'instruction de la demande restent encore trop imprécises.

Sur l'échantillon de l'étude de la CNAMTS (Note de clarification, annexe 7) :

- 32 % sont des renouvellements dont 7 % sont diffusés avant 7 jours, mais 14 % ne sont toujours pas diffusés au bout de 40 jours.

- 68 % sont des demandes initiales, dont 21 % sont diffusés en moins de 21 jours, mais 10 % ne sont toujours pas diffusées au bout de 80 jours.

L'audit réalisé sur la gestion de la carte VITALE portant sur un échantillon de caisses fait état d'un délai moyen de 47 jours entre la date où l'assuré se signale et celle où il reçoit sa carte. Et pour 10 % des dossiers, le délai de délivrance de la carte est entre 3 et 6 mois (Extrait du rapport d'audit sur la carte VITALE en annexe 8). Il en vient à évoquer une « logique d'assurés sans cartes » pour attirer l'attention sur les insuffisances du dispositif.

Ces diverses évaluations font état d'une situation qui n'est plus celle d'aujourd'hui. Des améliorations ont été apportées depuis sur bien des points. Elles constituent néanmoins un constat préoccupant. Les bénéficiaires de la CMU qui sont plus en difficulté que le reste de la population subissent plus fortement que les autres les conséquences de ces délais administratifs.

5. Le tiers payant :

A - Les associations ont insisté sur des refus de tiers payant, concernant particulièrement les personnes n'ayant pas la carte VITALE. Les professionnels de santé se plaindraient de difficultés à obtenir le remboursement des feuilles de soins papier. Il est difficile à ce stade de savoir si les refus de tiers payant sont en augmentation.

La situation concernant le tiers payant est paradoxale dans la CMU : au moment de la mise en œuvre de la loi CMU au début de l'année 2000, la diffusion de la carte VITALE était encore balbutiante, et les professionnels de santé plutôt réticents devant son usage.

Diverses dispositions réglementaires concernant la CMU ont visé à encourager le recours à la carte VITALE :

- le tiers payant coordonné (le régime obligatoire réglant au professionnel la totalité de la dépense, et récupérant par la suite la part complémentaire auprès des organismes concernés) est cohérent avec le recours à la carte VITALE.
- la garantie de paiement (R161-33-7 et 8) n'est accordée que pour les échanges en télétransmission en cas de cartes perdues ou volées, ou pour les personnes ayant changé de caisses. Le risque est probablement faible, mais il est présenté comme un avantage par certaines professions.
- la liquidation des feuilles de soins télétransmises est rapide, et libère les professionnels de tâches administratives fastidieuses.
- le document d'attribution de la CMU précise explicitement que le support papier doit être accompagné de la production de la carte VITALE (Décret 99-1079 du 21 décembre 1999, article 2, en annexe 9).

En 2004 la carte VITALE s'est banalisée, et les professionnels de santé ont pu en apprécier les avantages, notamment en ce qui concerne le tiers payant. Dans leur pratique, l'absence de carte est devenue une gêne, qui juridiquement ne saurait pourtant justifier le refus de tiers payant.

B – Pour améliorer la situation :

- la CNAMTS envisage de faire un rappel auprès des professionnels des procédures permettant les échanges sur documents papier, et les télétransmissions en « flux dégradés », notamment pour les pharmacies.
- le décret concernant la dispense d'avance des frais est en décalage avec l'évolution de la carte VITALE : il n'était pas prévu qu'un certain nombre de personnes allaient rester de façon durable sans carte. Une mise en cohérence est donc nécessaire : Une lettre de la CNAMTS (Annexe 10) demande au Ministère l'autorisation de modifier la formulation présente sur le document papier d'attribution de la CMU, en supprimant la référence à la production du double document d'admission (papier et carte VITALE).
- une information des professionnels de santé suivra, pour leur signaler qu'ils peuvent se trouver confrontés à des personnes dépourvues de carte VITALE, mais dont le titre papier est parfaitement régulier. Il leur appartiendra néanmoins aux professionnels de vérifier les dates de validité du document, pour que le tiers payant soit effectif¹¹.

¹¹ Il est toutefois probable que la carte VITALE ne soit pas plus sûre : si le professionnel ne prend pas connaissance de la date de fin de validité du tiers payant CMU, il risque fort de se voir refuser la prise en charge de la part complémentaire par la caisse liquidatrice.