

RAPPORT D'ACTIVITE 2006



Tour ONYX – 10, rue Vandrezanne
75013 PARIS

tel 01.58.10.11.90 fax 01.58.10.11.99

accueil@fonds-cmu.gouv.fr

www.cmu.fr

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
AVANT PROPOS	4
LES MISSIONS DU FONDS CMU	6
LES FINANCES DU FONDS CMU	7
➤ LES RECETTES DU FONDS	7
LES DOTATIONS DE L'ETAT	7
LES TAXES AFFECTEES.....	8
LA DOTATION DE L'ASSURANCE MALADIE RELATIVE A L'AIDE COMPLEMENTAIRE SANTE....	8
LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES.....	9
➤ LES DEPENSES DU FONDS	10
LES VERSEMENTS AUX REGIMES OBLIGATOIRES	10
LES PAIEMENTS AUX ORGANISMES COMPLEMENTAIRES	11
LE CONTROLE DES DEDUCTIONS OPEREES PAR LES OC.....	13
➤ LA TRESORERIE DU FONDS	15
➤ PRESENTATION ECONOMIQUE DES COMPTES DU FONDS	17
LE SUIVI ET L'ANALYSE SOCIALE	18
➤ LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DU FONDS CMU	18
➤ APPRECIATION QUALITATIVE.....	18
DES MODIFICATIONS LEGISLATIVES POUR 2007.....	18
CMU ET ACS DANS LES LOIS DE FINANCEMENT	19
ENQUETE SUR LA SATISFACTION DES BENEFICIAIRES DE LA CMU-C DANS LES CPAM.....	20
PLUSIEURS RAPPORTS RELATIFS A LA CMU	21
➤ DONNEES QUANTITATIVES.....	25
LES EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES DE LA CMU COMPLEMENTAIRE	25
STRUCTURE ET NIVEAU DES DEPENSES DE CMU COMPLEMENTAIRE	33
MONTEE EN CHARGE DE L'ACS	39
➤ LA CONNAISSANCE DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES.....	40
CONTEXTE ET EVOLUTIONS DU MONDE DES COMPLEMENTAIRES SANTE.....	40
LE CHIFFRE D'AFFAIRES DES COMPLEMENTAIRES SANTE.....	46
LE NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE LA CMU DECLARE PAR LES COMPLEMENTAIRES.....	48
L'ENGAGEMENT DES ORGANISMES DANS LA GESTION DE CONTRATS CMU	49
LES COMPLEMENTAIRES ET L'ACS	50
LES AUTRES ACTIVITES DU FONDS.....	53
➤ INFORMATION : SITE INTERNET ET REFERENCES CMU	53
LE SITE INTERNET DU FONDS CMU.....	53
LA LETTRE D'INFORMATION DU FONDS	54
➤ LES ETUDES FINANCEES PAR LE FONDS	54
LISTE DES ANNEXES	58
SYNTHESE DES EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES AU 31 DECEMBRE 2006.....	59
HISTORIQUE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES	60
BENEFICIAIRES PAR DEPARTEMENTS	62
DEPENSES PAR DEPARTEMENT ET PAR NATURE DE SOINS	64
PRESENTATION SIMPLIFIEE DES RESULTATS COMPTABLES DU FONDS	66
SUIVI DE TRESORERIE 2006	67
TEXTES RELATIFS A LA CMU ET A L'ACS PARUS AU COURS DE L'ANNEE 2006	69
PRINCIPALES DECISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	70

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES REGISSANT LE FONDS AU 31/12/2006	71
COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31/12/2006	78
COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE AU 31/12/2006	79
ORGANIGRAMME DU FONDS AU 31/12/2006	81
LES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT L'ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION LA PLUS IMPORTANTE EN 2006	82
LES 70 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT LE PLUS GRAND NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE LA CMU-C ET DE L'ACS EN 2006	87

AVANT PROPOS

Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, appelé de façon plus prosaïque Fonds CMU, est un établissement public national à caractère administratif de petite taille, puisque son effectif est de 9,2 personnes. L'année 2006, comme ses devancières, 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 2006.

Au-delà de sa mission de financement des dispositifs CMU et ACS et de suivi statistique de ceux-ci (le présent rapport d'activité donne à ces niveaux tous les éléments nécessaires), le Fonds a été particulièrement mobilisé par la réalisation de deux rapports.

Le second rapport d'évaluation de la loi a permis de faire le point sur trois thèmes essentiels : la question du non recours à la CMU complémentaire et à l'aide complémentaire santé ; la question des fraudes et celle des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU.

Sur ce dernier point, le ministre de la santé m'a également demandé de réaliser un second rapport particulier permettant de mettre en avant des propositions facilitant un réel et égal accès à tous les soins, et donc en particulier chez les professionnels libéraux, pour les bénéficiaires de la CMU. Je me permets dans cet avant propos un développement de ce thème qui me semble essentiel.

En effet, l'étude financée par le Fonds CMU et rendue publique en juin 2006 confirmait d'autres travaux antérieurs : de nombreux professionnels de santé libéraux (essentiellement les médecins spécialistes de secteur II et les chirurgiens dentistes) refusaient l'accès à leur cabinets aux bénéficiaires de la CMU-C.

Cette discrimination (la Haute autorité le lutte contre les discriminations et pour l'égalité a considéré ainsi cette pratique) est bien évidemment inacceptable et doit disparaître du paysage sanitaire français.

Au-delà de mesures techniques particulières (meilleure information des bénéficiaires de la CMU et des professionnels, amélioration des circuits administratifs entre caisses et professionnels de santé, etc.), c'est bien la déontologie des professionnels de santé qui est ici en cause.

Les ordres professionnels sont donc aujourd'hui les autorités qui doivent se mobiliser pour mettre une terme à ces pratiques qui, même minoritaires, rejettent négativement sur l'ensemble des professions de santé.

Au regard du faible nombre de plaintes enregistrées par le passé (il est en effet difficile à un bénéficiaire de la CMU victime de refus de soins d'engager seul une procédure qui peut lui paraître complexe), un décret, annoncé par le ministre à la réunion qu'il a tenu le 19 décembre 2006 (publié au JO du 27 mars 2007), va donc permettre que les ordres soient saisis de tels comportements par les caisses de sécurité sociale et les associations. L'action disciplinaire des ordres pourra donc être facilitée.

Ainsi, l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine de la CMU, pourront, de concert, lutter efficacement pour mettre un terme aux refus de soins.

Le Fonds CMU, et son directeur en premier lieu, resteront mobilisés sur cette question. Il s'agit en effet maintenant, une fois les décisions prises, de s'assurer qu'elles sont suivies d'effet et que nos concitoyens les plus démunis accèdent sans difficulté à l'ensemble du système de santé.

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

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 CMU

Le Fonds qui finance le volet complémentaire de la couverture maladie universelle et assure la gestion de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est un établissement public administratif de l'Etat créé par la loi du 27 juillet 1999. En 2006, son financement est assuré par des dotations budgétaires de l'Etat, par le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques et d'une fraction des droits sur les tabacs, par une dotation de l'assurance maladie destinée à financer l'ACS, et par une contribution à laquelle sont soumis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé (2,5 % des primes ou cotisations).

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 santé complémentaire qui s'est déclaré volontaire à la gestion de tels contrats.

Dans les deux cas, un bénéficiaire de la CMU-C ouvre droit pour le gestionnaire à un forfait (fixé à 340 € pour l'année 2006). 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.

Depuis 2005, les organismes complémentaires déduisent également de leur contribution le montant de l'aide complémentaire santé dont leurs ressortissants bénéficient. Le cas échéant, les organismes d'assurance santé complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) reçoivent le remboursement de la somme qui leur est due quand le montant de la contribution est inférieur à celui 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 des dispositifs CMU et ACS dans leurs aspects économiques, sanitaires et sociaux. 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 et 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 question des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU en a été une illustration en 2006. La participation à des recherches ou la conduite d'études concourt au recueil d'observations et à la formulation des mesures à prendre.

Le Fonds a enfin une fonction d'information dont l'objectif est la diffusion des nombreuses données statistiques qu'il recueille ainsi que des précisions et mises au point qu'impliquent les dispositifs CMU-C et ACS.

LES FINANCES DU FONDS CMU

Les comptes du Fonds CMU pour l'année 2006 présentent un résultat négatif de 31,1 millions d'euros (M€). Compte tenu du report à nouveau constaté fin 2005 (+ 48,4 M€), le solde cumulé au 31 décembre 2006 s'élève à 17,3 M€(cf. annexe 5 : présentation simplifiée des résultats du Fonds).

➤ LES RECETTES DU FONDS

Les recettes du Fonds sont constituées de dotations budgétaires de l'Etat, du produit de la cotisation sur les boissons alcooliques et d'une fraction des taxes sur les tabacs, d'une dotation de l'assurance maladie destinée à financer l'aide complémentaire santé et du produit de la contribution versée par les organismes complémentaires.

Les dotations de l'Etat

La part des dotations de l'Etat finançant le Fonds CMU décroît (346 M€en 2006). Autrefois majoritaires dans son financement, les dotations budgétaires proprement dites sont remplacées peu à peu par des taxes ou contributions affectées. En 2006, la dotation budgétaire principale (programme « protection maladie » n° 183 de la loi de finances) s'élève à 324 M€ Elle est versée mensuellement par douzième selon des modalités et un échéancier déterminés par convention.

Une dotation spécifique, d'un montant de 31 M€pour 2006, a été inscrite au programme 123 « conditions de vie outre-mer » 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 %. Il convient de noter que seuls 22 M€ont été versés au Fonds CMU sur cette somme. A compter de 2007, l'ensemble de la dotation budgétaire finançant la CMU-C figurera au programme 183 ce qui évitera ces difficultés.

Il faut noter 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 déséquilibre éventuel des comptes du Fonds (positif ou négatif), clos en mars de n + 1, ne pourra être ajusté que lors des lois de finances adoptées ultérieurement. L'équilibre doit donc être compris comme réalisé sur plusieurs années.

Les taxes affectées

La loi de finances pour 2005 avait 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 versent ces sommes directement sur le compte du Fonds par l'intermédiaire de l'Agence comptable centrale du Trésor. Le rendement de cette cotisation est de 404 M€ pour 2006.

La loi de finances pour 2006 a décidé d'attribuer au Fonds une fraction de 1,88 % du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, antérieurement affectée à la CNAMTS. Selon le même circuit, 217 M€ ont alimenté le Fonds CMU à ce titre en 2006.

Il convient de noter que dans ses 217 M€ de droits tabacs, 39 M€ correspondent à des produits à recevoir notifiés par le ministère de l'économie et des finances (le fait générateur, c'est-à-dire la mise en consommation des tabacs, étant intervenu fin 2006 mais n'ayant pas fait l'objet de versements en 2006 au Fonds CMU ; ces sommes seront versées en 2007). Cette règle n'a pas encore été appliquée à la cotisation sur les alcools qui est affectée au Fonds.

La dotation de l'assurance maladie relative à l'aide complémentaire santé

L'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale prévoit qu' : « une dotation globale de l'assurance maladie versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 » vient en recettes du Fonds. Ce dernier article du code renvoie pour la ventilation de cette dotation entre les régimes d'assurance maladie à la clé de répartition de la dotation globale hospitalière. Cette dotation finance l'aide complémentaire santé.

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 à l'ACS 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 à l'aide complémentaire santé. Par contre, si la dotation a été sous évaluée une année donnée, elle ne sera pas régularisée l'année suivante.

La dotation est 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.

Au titre de 2005, et en fonction des déductions opérées par les organismes complémentaires sur les déclarations adressées au Fonds CMU, l'arrêté du 21 avril 2006 a fixé ce montant à 12,75 M€ (cette somme avait été inscrite dans les comptes du Fonds en 2005). Au titre de 2006, l'arrêté du 27 juillet 2006 a fixé le montant de l'acompte versé par les régimes à 50 M€

Au regard des déclarations des organismes complémentaires, seuls 40 M€ montant des déductions opérées au titres de l'ACS, ont été inscrits en recettes dans les comptes du Fonds pour 2006.

La contribution des organismes complémentaires

Le taux de cette contribution sur le chiffre d'affaires santé des complémentaires a été porté à 2,5 % pour 2006 (1,75 % antérieurement). Le produit de la contribution qui alimente le Fonds a donc fortement augmenté et s'établit comptablement pour 2006 à 491 M€ compte tenu de l'estimation des produits à recevoir au titre de 2006 de l'ACOSS et de la régularisation de ceux-ci au titre de 2005. 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. 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 2006 à :

En milliers d'euros												
Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total
16 223	54 734	2	18 538	127 261	1 023	25 461	83 949	-2 577	33 851	77 923	3 240	439 627

Source : ACOSS.

Les trois premiers mois concernent essentiellement des encaissements se rapportant au 4^{ème} trimestre 2005. Les encaissements relatifs au 4^{ème} trimestre 2006 seront versés au cours du 1^{er} trimestre 2007. C'est l'explication de la différence entre le total des encaissements (440 M€ en trésorerie) présenté dans le tableau ci-dessus et le produit de la taxe en droits constatés (491 M€). La différence importante cette année est due au changement de taux de la contribution (en encaissement 1 trimestre à 1,75 %, 3 à 2,5 % ; en comptabilité 4 à 2,5 %).

Pour l'année 2006, en encaissements, on notera que parmi les 26 URSSAF, « pivots régionaux », désignées pour encaisser la contribution, l'URSSAF de la région parisienne représente à elle seule 68,7 % des encaissements, les URSSAF de Lyon, de Lille et d'Orléans respectivement 5,5 %, 3,63 % et 3,24 %.

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 2006 fixe le montant des versements à 445 M€. Les régularisations financières, au vu des encaissements réels, sont réalisées lors du versement trimestriel suivant.

➤ LES DEPENSES DU FONDS

Pour les régimes obligatoires comme pour les organismes complémentaires santé, le Fonds participe à hauteur d'un forfait par bénéficiaire pour les dépenses de CMU-C supportées par eux. Ce forfait trimestriel (85 €par bénéficiaire en 2006) est versé aux régimes obligatoires et vient en déduction de la contribution à laquelle les OC sont soumis (lorsque la somme des déductions CMU-C et ACS est supérieure au montant de la contribution, un versement de la différence est effectué par le Fonds).

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.

Le montant définitif des sommes dues par le Fonds est déterminé en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime le dernier jour des mois de février, mai, août et novembre. Une régularisation annuelle est alors réalisée (nombre de bénéficiaires multiplié par le forfait, rapporté aux acomptes versés).

En milliers d'euros

Organismes	Montant des acomptes 2006	Régularisations 2006	Total
CNAMTS	1 180 000	164 718	1 344 718
CCMSA	43 200	1 845	45 045
RSI	38 400	7 904	46 304
CNMSS (Militaires)	900	13	913
ENIM (Marins)	0	800	800
CAVIMAC (Cultes)	450	186	636
GAMEX (Agriculteurs)	500	- 137	363
CANSSM (Mines)	200	- 24	176
SNCF	180	- 12	168
CRPCEN (Notaires)	90	13	103
RATP	40	-1	39
TOTAL	1 263 960	175 305	1 439 305

Source : données des régimes.

Le tableau ci-dessus présente l'ensemble des acomptes versés en 2006, le montant des régularisations se rapportant à 2006 et en conséquence le montant total des dépenses comptabilisées par le Fonds en 2006. A noter que pour la CNAMTS, une régularisation négative de 0,4 M€ relative à 2005 est venue diminuer le montant de la régularisation comptabilisée.

Les versements au régime général représentent 93 % 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 devrait supporter une charge non remboursée par le Fonds de 20 M€en 2006.

Le Fonds a lancé début 2006 la première procédure de contrôle du nombre de bénéficiaires des régimes de base. Ayant commencé par le régime général qui est le plus important, ce travail n'a pu être achevé en 2006.

Les paiements aux organismes complémentaires

Dans les paiements aux organismes complémentaires présentés dans cette partie figurent les paiements déjà effectués et ceux en cours encore à fin mars 2007. Le montant des paiements effectués au titre de 2006 s'établit à 80,7 M€(71,8 M€en 2005, 70,7 M€en 2004, 69,7 M€en 2003). 417 paiements ont été réalisés par le Fonds au titre de cette période, soit 104 en moyenne par trimestre.

							<i>En milliers d'euros</i>
	Montants total des remboursements	Nombre	Montant moyen 2006	Montant moyen 2005	Montant moyen 2004	Montant moyen 2003	
Premier trimestre	17 012	69	247	134	106	84	
Deuxième trimestre	19 180	111	173	123	104	79	
Troisième trimestre	20 742	113	184	124	110	80	
Quatrième trimestre	23 833	124	192	132	113	80	
Total	80 767	417	194	128	108	81	

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 2007 (courant mai 2007).

Le montant moyen des paiements s'établit à 194 000 euros en 2006. 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 décroissant

d'organismes (sorties du dispositif CMU, regroupement des mutuelles). On aboutit en conséquence à une diminution du nombre de paiements : 1 073 en 2002, 862 en 2003, 655 en 2004 et 562 en 2005. Le montant moyen du paiement est ainsi passé de 26 000 euros en 2000 à 194 000 euros en 2006. On notera que l'ACS n'a que très peu d'impact sur le nombre des paiements.

Le nombre de paiements d'un montant unitaire supérieur à 100 000 euros représente 28 % du nombre des remboursements (24 % en 2005, 23 % en 2004 et 18 % en 2003 ; ce pourcentage représente plus de 2,5 fois celui constaté en 2002) et 90 % de leur montant total (86 % en 2005, 83 % en 2004). Les paiements d'un montant unitaire inférieur à 10 000 euros représentent 27 % du nombre des paiements (30 % en 2005, 33 % en 2004) et 0,5 % de leur montant total (0,9 % en 2005, 1,45 % en 2004).

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. Le nombre de régularisations constitue un indicateur de la mesure de l'ampleur des difficultés encore rencontrées sur le terrain. Après une faible augmentation du nombre de régularisations entre 2003 et 2004, le nombre est reparti sensiblement à la hausse en 2005 et représente près de 3 % du nombre de bénéficiaires déclaré en valeur absolue (63 000 régularisations brutes déclarées par 106 organismes). Alors que l'on a pu parler d'entrée dans un « rythme de croisière » l'année dernière, ce constat semble désormais devoir être nuancé. Est-ce à dire que les difficultés de transmission de l'information sur les bénéficiaires de la CMU complémentaire se sont accrues ? Il est difficile de répondre. Cette évolution peut également traduire le fait que la procédure étant rentrée dans les mœurs, les OC sont moins contraints sur les délais de mise à jour de leurs bases et se reposent sur l'existence de cette procédure.

Le contrôle des déductions opérées par les OC

- ***Définition du contrôle***

Le Fonds CMU a pour mission de contrôler les déductions opérées par les OC sur leurs déclarations à la contribution pour le financement de la CMU complémentaire. Il s'agit de vérifier l'exactitude des déductions relatives à la CMU complémentaire et celles relatives à l'aide complémentaire santé (ACS). Au sein du Fonds CMU, le contrôle s'effectue en partenariat entre le service de l'ordonnateur et celui de l'agent comptable pour l'adapter au mieux aux enjeux financiers.

La première étape du contrôle consiste à vérifier les listes de bénéficiaires tenues à la disposition du Fonds par les OC. La liste doit correspondre aux déductions effectuées sur la déclaration du trimestre contrôlé. Elle est examinée principalement 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, même prénom et même date de naissance sur deux lignes différentes).

Ce contrôle de liste est alors ou non suivi d'un contrôle approfondi dans le cadre duquel il s'agit de confronter les informations mentionnées dans la liste relatives aux bénéficiaires avec celles mentionnées sur les attestations de droits et ce, à partir d'un échantillon tiré aléatoirement.

- ***Bilan des contrôles menés par le Fonds en 2006***

Le plan de contrôle approfondi 2006 a ciblé deux catégories d'organismes complémentaires : des OC présentant des enjeux financiers importants et qui n'avaient pas été contrôlés depuis plus de deux ans (il s'agissait en outre de recueillir auprès de ces derniers l'information de terrain sur le fonctionnement des dispositifs CMU complémentaire et ACS) ; des OC gérant à la fois la CMU complémentaire en tant que mutuelle mais également pour le compte de l'Etat (SLM). Du fait de cette double gestion, ils présentent en effet un risque particulier qui, d'ailleurs on le verra plus loin, a été avéré.

16 organismes ont été contrôlés dans ce cadre représentant, hors DOM, 22 % des bénéficiaires dans les OC (117 426 bénéficiaires déclarés sur le 2ème trimestre 2006).

Hors les SLM, aucun risque particulier n'a été détecté. Concernant les SLM, ils présentent en effet deux risques particuliers : l'OC peut déclarer le bénéficiaire alors que ce dernier a « coché » l'Etat sur son formulaire de choix et des double comptes peuvent exister (décompte en gestion Etat et en gestion OC). Le contrôle a été l'occasion pour le Fonds de rappeler les règles à appliquer sur cette question. On peut cependant comprendre la difficulté à partir d'un formulaire de choix, pas toujours explicite quant aux choix du bénéficiaire (l'Etat ou la mutuelle). En tout état de cause, la mutuelle peut déclarer le bénéficiaire qui avait fait le choix de l'Etat et payer les prestations pour son propre compte. Dans ce cas particulier qu'il ne nous a pas été possible de chiffrer, le risque financier est alors nul pour le Fonds.

Au total, le taux d'anomalie est ressorti à 0,60 %, soit un taux très proche de celui qui avait été constaté en 2005 (0,67 %). Rapporté à l'ensemble des déductions effectuées par les OC, l'enjeu du contrôle de la CMU se situe autour de 1,25 millions d'euros.

En parallèle, le Fonds a poursuivi le contrôle des listes de bénéficiaires de la CMU et ou de l'ACS (non suivi d'un contrôle approfondi). On peut noter qu'ainsi, en matière d'ACS, la

quasi-totalité des listes des OC déclarant au moins 500 bénéficiaires (plus de 80 % des bénéficiaires) ont été contrôlées. Un nouveau courrier a été adressé à l'ensemble des OC en date du 5 septembre 2006, rappelant les règles à appliquer. Contrairement à la CMU, le contrôle en la matière revêt peu voire pas d'enjeu financier (le montant moyen de la déduction est plus faible que la CMU, les OC déclarent ces montants prorata temporis et non par quart ; le montant de déduction n'est pas toujours celui qui devrait être appliqué compte tenu de l'âge du bénéficiaire mais sur ce point, ce sont les caisses d'assurance maladie qui sont généralement à l'origine de l'erreur ; etc.) : il s'agit donc plutôt d'un « contrôle de mise en conformité ».

- ***La coordination avec la branche du recouvrement***

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 2006, cette réunion s'est déroulée le 14 décembre. A cette occasion, le Fonds a présenté à son partenaire un bilan affiné des actions de vérification effectuées par ses services en 2006. Les deux partenaires ont également défini la liste des organismes à contrôler par les URSSAF en 2007. 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 ou des organismes représentant un enjeu financier important compte tenu de l'assiette et des déductions déclarées.

Ces réunions sont également l'occasion d'échanges d'expériences sur les contrôles et favorisent une harmonisation des pratiques. Dans cet esprit, le Fonds CMU met régulièrement à disposition de l'ACOSS des fiches de procédure actualisées sur le contrôle et l'ACOSS a rédigé un guide à l'attention des URSSAF.

- ***Le contrôle du caractère responsable des contrats ayant ouvert droit à l'ACS***

L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale subordonne progressivement, à partir du 1^{er} janvier 2006, le bénéfice d'aides fiscales et sociales – dont l'ACS – pour les garanties d'assurance complémentaire santé au respect de règles fixées par les articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code. La circulaire DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006 a fixé les modalités d'application de ces règles.

Il appartient au Fonds CMU et aux URSSAF dans le cadre du contrôle des déductions d'ACS, de vérifier le respect de ces règles par les contrats de couverture complémentaire concernés. Le Fonds CMU a commencé en 2006 à réfléchir sur la mise œuvre de cette mesure délicate à mettre en œuvre ; il s'agit en effet de vérifier le caractère responsable de chaque contrat contrôlé. 2007 constituera donc une année expérimentale au cours de laquelle le Fonds, l'ACOSS et les URSSAF, entendent se coordonner et s'appuyer également sur les organismes complémentaires pour définir des modalités adaptées aux contraintes de chacun des acteurs.

➤ LA TRESORERIE DU FONDS

Le profil de trésorerie du Fonds CMU (cf. annexe 6) est marqué par l'irrégularité de la perception des recettes du Fonds. Si antérieurement à 2005, l'essentiel des recettes étaient constituées par la dotation budgétaire de l'Etat versée mensuellement par douzième (25,6 M€ en 2006 compte tenu de la réserve), le versement des taxes alcool et tabac est plus irrégulier (de 41 à 50 M€ selon les mois).

De plus, le reversement par l'ACOSS de la contribution perçue par les URSSAF est trimestriel (au 15 du 2^{ème} mois de chaque trimestre civil). C'est à ces dates que des régularisations envers les régimes peuvent être effectuées où que la trésorerie atteint ses plus hauts niveaux.

En matière de dépenses, les acomptes vis-à-vis des régimes sont définis par convention. Le Fonds CMU les propose en fonction de son profil de trésorerie prévisionnel. Le Fonds tente d'ajuster les acomptes au mieux, pour faire supporter au minimum les décalages de versement aux régimes, mais en prenant en compte son propre profil (le Fonds CMU ne peut être en négatif sur son compte).

A titre d'exemple, le Fonds a versé le 15 mai 2006 160 M€ à la CNAMTS en même temps que le versement de l'ACOSS. La trésorerie du Fonds ne permettait pas plus.

Pour le versement de début juillet à la CNAMTS, le Fonds a été contraint de décaler jusqu'au 17 août 6 M€ du versement : en effet, c'est la perception de taxe OC qui a permis le versement.

Par construction, même si les comptes du Fonds sont équilibrés, sa trésorerie permet difficilement d'ajuster ses versements pour les rendre neutres en trésorerie pour les régimes en fonction du profil de ses recettes. En outre, les comptes du Fonds sont équilibrés par des produits à recevoir (taxe des OC versée le 15 février de n + 1 et taxe tabac) et des recettes perçues au titre de l'année n en n + 1(taxes tabac et alcool). Les forfaits versés par le Fonds, représentatifs de la dépense pour les régimes (dépenses de l'année plus provisions) sont en conséquence versés avec retard par rapport à ces dépenses.

Le tableau ci-après illustre cette situation pour la CNAMTS. Les dépenses 2006 de la CNAMTS se rapportant à cette même année sont indiquées dans la seconde colonne. Pour 2007, il s'agit des dépenses prévisionnelles de la CNAMTS se rapportant à 2006 (le montant de 135 M€ correspondant aux provisions de dépenses passées par celle-ci réparties en fonction du constat de l'année précédente).

Les acomptes effectivement versés par le Fonds en 2006 puis les régularisations prévues sont ensuite indiqués. On aboutit ainsi à des décalages de trésorerie. L'absence de signe, rare, montre une avance dans les versements du Fonds par rapport aux dépenses réelles de la CNAMTS. Le signe – montre un retard. Une neutralité en trésorerie supposerait que le Fonds dispose d'un report à nouveau positif (fonds de roulement) d'une centaine de millions d'euros en raison du décalage entre ses comptes et sa trésorerie.

La somme de – 20 M€ indiquée à l'avant dernière ligne correspond à la différence entre le total des versements du Fonds (somme des forfaits de 340 € en fonction du nombre de bénéficiaires) et les dépenses de prestations CMU-C véritablement supportées par la

CNAMTS. Cette somme ne sera jamais comblée et sera supportée par la CNAMTS mais il ne s'agit plus d'une question de trésorerie.

	Dépenses 2006 CNAMTS (prestations CMU-C se rapportant à 2006)	Acomptes versés par le Fonds à la CNAMTS	Régularisations prévues (versement Fonds)	Décalages de trésorerie
janv-06	55	60		5
févr-06	79	60		-14
mars-06	100	60		-54
avr-06	93	60		-87
mai-06	108	220		25
juin-06	122	50		-47
juil-06	107	104		-50
août-06	93	116		-27
sept-06	115	110		-32
oct-06	122	100		-54
nov-06	116	80		-90
déc-06	120	160		-50
Total 2006	1230	1180		
janv-07	59			-109
févr-07	25		65	-69
mars-07	14			-83
avr-07	8			-91
mai-07	8		100	1
De 6 à 12-07	21			-20
Total 2007	135		165	

Source : Fonds CMU.

➤ 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 par les organismes complémentaires et le montant des paiements réalisés par le Fonds aux OC sont inscrits.

Or, en terme économique et pour affiner l'analyse, il semble important de faire apparaître la totalité du montant de la contribution (2,5 % du chiffre d'affaires santé des complémentaires à compter de 2006), 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.

Recettes	En millions d'euros									
	2000	2001	2002	2003	2004	% évol	2005	% évol	2006	% évol
Dotation budgétaire (LFI)	1 067	1 006	930	970	997	3 %	695	- 30 %	346	- 50 %
Dotation budgétaire (LFR)	-267	-117	220		40					
Taxe alcool							387		404	4 %
Taxe tabac									217	
Total Etat	800	889	1 150	970	1 037	7 %	1 082	4 %	967	- 11 %
Contribution des OC	280	308	330	359	395	10 %	425	8 %	650	53 %
Dotation ass. mal. (ACS)							13		40	
Total Recettes	1 080	1 197	1 480	1 329	1 432	8 %	1 520	8 %	1 657	9 %
Dépenses										
Versements aux régimes	1 001	1 237	1 159	1 263	1 222	-3 %	1 267	4 %	1 436	13 %
Déductions CMU-C	44	124	142	182	197	8 %	195	- 1 %	211	8 %
Déduction CI							13		40	
Gestion administrative	1	1	1	1	1		1		1	
Total Dépenses	1 046	1 362	1 302	1 446	1 420	- 2 %	1 476	4 %	1 688	14 %
<i>Correction compta/éco</i>					- 63					
Résultat de l'année	34	-165	178	-117	75		44		- 31	
Résultat cumulé	34	-131	47	-70	5		48		17	

Source : Fonds CMU.

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 résultat cumulé 2005 est la somme de deux arrondis, et c'est ce qui explique la différence de 1 M€(résultat cumulé fin 2004 : 4,6 M€+ résultat 2005 : 43,8 M€).

LE SUIVI ET L'ANALYSE SOCIALE

➤ LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DU FONDS CMU

Le conseil de surveillance, présidé par Jean-Marie ROLLAND, député de l'Yonne, s'est réuni à deux reprises en 2006.

Lors de sa séance du 21 juin, le conseil de surveillance a pris connaissance du rapport d'activité du Fonds, l'a approuvé et a décidé de le transmettre au parlement. Il a ensuite étudié les travaux conduits par le Fonds CMU sur la détermination des coûts moyens de CMU complémentaire, puis le prix et le contenu des contrats bénéficiant de l'aide complémentaire santé. Ces travaux ont suscité un fort intérêt des participants : en matière de coût moyen, le décalage entre le forfait accordé par bénéficiaire et la dépense réelle a une nouvelle fois été souligné ; la première étude sur les contrats ayant bénéficié de l'ACS, même exploratoire, apporte un éclairage nouveau sur le monde des complémentaires santé (cf. partie spécifique dans le présent rapport d'activité). Juste avant qu'il ne soit rendu public, le conseil de surveillance a également pris connaissance de l'étude relative aux refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU réalisée par testing pour le Fonds CMU.

C'est le 6 décembre 2006 que le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion pour l'année. Les mesures concernant la CMU et l'ACS prévues par le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 lui ont été présentées. Le constat de la lente montée en charge de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé a amené de nombreux intervenants à insister sur la nécessaire mobilisation de tous les acteurs en terme d'information des bénéficiaires potentiels. Les deux missions confiées au directeur du Fonds CMU (3^{ème} rapport d'évaluation de la loi et refus de soins) ont été commentées. Enfin, le conseil a discuté des études sur le non recours à la CMU-C (disponibles sur le site du Fonds) et là aussi de la nécessaire information à développer.

➤ APPRECIATION QUALITATIVE

Des modifications législatives pour 2007

La loi de finances pour 2007 prévoit deux mesures impactant le financement du Fonds CMU : attribution au Fonds CMU d'une fraction supplémentaire de droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts pour un total de 410 M€ (de 1,88 % à 4,34 %) ; dotation budgétaire alimentant le budget du Fonds CMU (114,66 M€ relevant du programme 183, protection maladie).

La loi de financement de la sécurité sociale prévoit en son article 50 diverses dispositions concernant la CMU et l'aide complémentaire santé. Comme l'avait annoncé le président de la république devant l'assemblée générale de la FNMF en juin 2006, les personnes dont les ressources ne dépassent pas de plus de 20 % le plafond de la CMU-C pourront bénéficier du crédit d'impôt (article L. 863-1 du code de la sécurité sociale). Antérieurement, le niveau était de 15 %. La population cible totale est estimée à 2,9 millions de personnes. Le titre VI du livre VIII du code et l'intitulé de son chapitre III est modifié : il ne faut plus parler de crédit d'impôt mais d'Aide au paiement d'une assurance Complémentaire Santé (ACS). Enfin, le montant des plafonds pour bénéficier de la CMU-C et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1 (article L. 861-1 et L. 863-1).

L'article 131 de la loi ne concerne pas uniquement la CMU (mais l'assurance maladie en général) mais ses bénéficiaires sont concernés par ces dispositions. Les règles de maintien de droit à l'assurance maladie pour les personnes qui cessent de remplir les conditions (4 ans pour les prestations en nature) sont modifiées puisque en sont exclues les « personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code » (article L. 161-8). De même, un nouvel article L. 161-15-4 est créé : « Toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations à l'assurance maladie en application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 161-8 ou de l'article L. 380-1 (CMU de base) est tenue d'en informer, dans un délai fixé par arrêté, l'organisme d'assurance maladie auquel elle est rattachée ainsi que de restituer la carte électronique individuelle interrégimes ». Des sanctions pour inobservation de cette règle sont prévues. De plus un décret raccourcit pour tous la période de maintien de droit à 12 mois.

L'article 132 concerne quant à lui l'ensemble des prestations de sécurité sociale soumises à conditions de ressources et donc en particulier la CMU de base, la CMU-C et l'Aide au paiement d'une assurance Complémentaire Santé. Les articles du code concernés sont modifiés comme suit : « Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation. Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article ».

CMU et ACS dans les lois de financement

Au-delà de ces modifications législatives, la CMU et l'ACS sont présentes dans les lois de finances et de financement au titre du suivi des politiques publiques.

Dans la loi de finances de l'Etat, c'est le programme 183 et plus précisément son action 1 « Accès à la protection maladie complémentaire » qui permet de suivre la CMU : projet annuel de performance (PAP), objectifs et indicateurs de performance, etc. Ces outils de suivi ont été introduits par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) qui a profondément bouleversé le mode de présentation et de suivi des dépenses de l'Etat.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale, c'est la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) qui introduit les programmes de qualité et d'efficience (PQE). Ces programmes comportent un diagnostic de situation, des

objectifs retracés au moyen d'indicateurs, une présentation des moyens mis en œuvre et l'exposé des résultats.

L'annexe 1 au projet de loi de financement pour 2007 a présenté pour la première fois ces PQE. Pour suivre l'objectif 1 du programme maladie « assurer un égal accès aux soins », un indicateur d'utilisation des attestations d'ACS a été introduit. De même, l'indicateur de renoncement aux soins pour raison financière, collecté tous les deux ans par l'IRDES (enquête SPS) sera suivi. Sur ces deux aspects, c'est le Fonds CMU qui a été désigné comme pilote.

Enquête sur la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C dans les CPAM

La CNAME publie chaque année un indicateur de satisfaction en interrogeant un échantillon de la population assurée. Depuis 2006, la population constituée des bénéficiaires de la CMU complémentaire a été isolée dans l'échantillon. Pour 2005, seuls les bénéficiaires du RMI avaient été isolés.

La satisfaction des bénéficiaires de la CMU complémentaire est exprimée à travers une note sur 10. Elle est déclinée en plusieurs sous-indicateurs décrivant les différents versants de l'accueil d'une caisse et des services qu'elle propose aux assurés. Dès lors qu'une note est supérieure à 7, on considère que la satisfaction des bénéficiaires est très bonne, qu'elle est normale entre 5 et 7. En dessous de 5, c'est l'insatisfaction qui s'exprime. Mais au-delà d'une photographie ponctuelle, ce sera bien évidemment l'évolution de cette satisfaction dans le temps qu'il conviendra d'analyser. La satisfaction pourra également être comparée à celle des bénéficiaires du régime général.

Pour l'année 2006, l'indicateur de satisfaction ressort à 7,9 sur 10. Un résultat identique avait été obtenu en 2005. Il s'agit donc d'un niveau de satisfaction très élevé (supérieur à 7 sur 10) et qui se maintient dans le temps.

	CMU		Population générale
	Indice 2005	Indice 2006	Indice 2006
SATISFACTION GLOBALE	7,9	7,9	7,9
Carte Vitale	8,3	8,2	7,8
Remboursements	7,8	7,6	7,2
Renseignements écrits	-	7,1	6,6
Réclamations	-	6,7	6,2
Visites	7,7	7,4	7,1
Téléphone	6,6	6,6	6,4
Site Internet	7,4	7,3	7,0
Information diffusée	7,1	6,9	6,3

Source : CNAME.

Au détail, on pourra relever certains points qui pourraient faire l'objet d'une amélioration, tels que l'accueil téléphonique, l'information diffusée ou encore la gestion des réclamations. La satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C est cependant toujours plus élevée que celle de la population générale.

Il est intéressant de noter le profil des répondants se déclarant bénéficiaires de la CMU complémentaire. On peut ainsi constater que près de 2/3 des répondants sont des femmes et que 23 % des répondants sont en situation professionnelle active.

Plusieurs rapports relatifs à la CMU

L'année 2006 a été riche en rapports relatifs à la CMU. Outre le rapport d'évaluation de la loi directement commandé au Fonds, le rapport sur les refus de soins a été demandé à un inspecteur général des affaires sociales par ailleurs directeur du Fonds. Enfin, le rapport de la Cour des comptes de septembre 2006 traitant de la sécurité sociale aborde longuement le dispositif CMU. Les deux premiers rapports cités sont disponibles sur le site internet du Fonds.

- ***Le rapport d'évaluation de la loi CMU***

Par lettre du 13 juillet 2006, le directeur de la sécurité sociale du ministère de la santé et des solidarités demandait au directeur du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie de réaliser le 3^{ème} rapport dévaluation de la loi CMU.

L'article 34 de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle prévoit en effet la remise régulière d'un tel rapport du gouvernement au parlement.

Conformément à la demande ministérielle, le rapport d'évaluation a apporté une attention particulière à trois sujets.

Dans le cadre de l'accès au droit, la question du non recours à la CMU complémentaire et à l'aide complémentaire santé est préoccupante. Au delà du constat du non recours, il s'agit de mettre en œuvre une politique active de tous les acteurs pour permettre à chacun d'accéder à ses droits.

Accéder à ses droits, mais n'accéder qu'à ses droits : c'est pourquoi une partie importante du rapport traite de la question des fraudes. L'ensemble des outils est maintenant à disposition des caisses d'assurance maladie pour mener à bien leurs contrôles.

Accéder à ses droits pour accéder aux soins : la question du refus de soins aux bénéficiaires de la CMU est donc ici longuement développée ; il a fait l'objet de nombreuses propositions.

Remis au ministre fin décembre 2006, le troisième rapport d'évaluation a été transmis par le ministre au parlement à la fin du mois de janvier 2007. En conséquence, le présent rapport d'activité ne développe pas ces différents points et le lecteur est invité à se référer au rapport d'évaluation disponible sur le site du Fonds CMU.

- ***Le rapport sur les refus de soins***

Par une lettre de mission du 4 octobre 2006, le ministre de la santé et des solidarités a demandé à Jean-François CHADELAT de rencontrer l'ensemble des acteurs du dispositif CMU : professionnels de santé, caisses d'assurance maladie, associations, pour rechercher les améliorations susceptibles de mettre fin aux refus de soins dont sont victimes les bénéficiaires de la CMU.

Cette lettre de mission est consécutive à la publication officielle le 21 juin 2006 par le Fonds CMU, d'une étude réalisée par la méthode du testing sur le département du Val-de-Marne. Cette étude faisait ressortir un taux de refus de près de 40 % chez les médecins spécialistes du secteur 2 et chez les dentistes. Même si cette étude précisait bien qu'elle ne saurait être représentative de ce qui se passe sur l'ensemble du territoire national, elle recoupe des

résultats observés par Médecins du Monde, la revue Que Choisir et le service statistique du ministère des affaires sociales (DREES).

Xavier BERTRAND a souligné le caractère inacceptable de tels refus contraires à la déontologie, à l'éthique médicale, au serment d'Hippocrate, et plus généralement à l'ensemble des valeurs que doivent porter les professionnels de santé.

Saisie de ce dossier la HALDE, Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, a pris le 6 novembre une délibération condamnant de telles discriminations.

Le rapport a été remis au ministre le 13 décembre 2006 et celui-ci, en application d'une des préconisations du rapport, a réuni dès le 19 décembre une conférence où l'ensemble des parties prenantes était présent.

Pour ouvrir cette conférence, le ministre a demandé à Jean-François CHADELAT de présenter le rapport et les 13 propositions qui y figuraient.

Pour comprendre la problématique de ce sujet difficile et sensible, il faut se reporter au fondement même de la loi du 27 juillet 1999 qui a créé la CMU. La logique en est simple, il s'agit de permettre à la fraction la plus pauvre de la population, 4,8 millions de personnes, d'accéder à l'ensemble du système de soins, exactement comme pour tous les autres assurés sociaux, et de ne pas les cantonner dans une « médecine de pauvre ».

Les bénéficiaires de la CMU doivent donc pouvoir bénéficier de la médecine libérale comme tout un chacun. Manifestement cette pétition de principe est inégalement respectée. Or les Ordres, celui des médecins comme celui des dentistes, déclarent qu'ils ne sont pratiquement pas saisis de plaintes. Il a été acté lors de la conférence du 19 décembre qu'il s'agissait d'un problème de déontologie et, suivant l'avis des participants, le ministre a considéré que la proposition avancée dans le rapport de sanctions financières qui auraient pu être prononcées par les caisses après avis de la commission des pénalités, n'était pas dans un premier temps retenue. Il a par contre annoncé qu'un décret autoriserait les associations à saisir les chambres disciplinaires des Ordres lorsqu'elles auraient connaissance de telles situations. Il n'est en effet pas simple pour un bénéficiaire de la CMU de se lancer dans une procédure lourde et intimidante. D'ailleurs le souci premier du bénéficiaire de la CMU étant d'être soigné, lorsqu'il essuie un refus et qu'on le dirige vers tout mode d'accès aux soins, il retient ce type de solution. Les Ordres, à la demande du ministre se sont engagés à conduire une politique effective de suivi de ces situations.

Pour ce qui concerne les caisses des régimes de sécurité sociale, celles-ci doivent se mobiliser pour être plus actives dans l'élimination des refus de soins. Elles devront relancer la recherche des signalements de refus de soins, opération déjà initialisée par une circulaire de la CNAMTS de juin 2005.

L'action la plus importante qui va être demandée aux caisses concerne le médecin traitant et le parcours de soins mis en place par la convention médicale de janvier 2005. En effet, dès lors qu'un bénéficiaire de la CMU déclare un médecin traitant, c'est que ledit médecin l'accepte et qu'il ne pratique pas à son encontre un refus de soins. De même lorsque le médecin traitant l'adresse à un spécialiste dans le cadre du parcours de soins, c'est qu'il sait que celui-ci va l'accepter. Tous les participants sont tombés d'accord pour dire que lorsque le bénéficiaire de la CMU rentre dans le parcours de soins, les cas de refus de soins sont automatiquement et fortement réduits.

Or les statistiques de la CNAMTS de fin 2006 font apparaître qu'avec un taux de 63 % de médecin traitant déclaré, les bénéficiaires de la CMU accusent un retard de plus de 15 points

par rapport à l'ensemble de la population. Les caisses sont donc invitées à se mobiliser pour, sans que ce soit coercitif, inciter très fortement les bénéficiaires de la CMU à s'inscrire auprès d'un médecin traitant. D'ailleurs il est nécessaire, au titre de la santé publique, que, plus que les autres assurés sociaux, les bénéficiaires de la CMU, dont l'état de santé et l'effort de prévention pose problème, rentrent dans le parcours de soins.

Il est un autre sujet qui implique directement les caisses et qui provoque la récrimination des professionnels de santé. Lorsqu'un bénéficiaire de la CMU est hors parcours, le médecin se trouve être pénalisé par un moindre remboursement, en raison du tiers payant associé à la CMU. Le ministre souhaite donc que l'application du dispositif par les caisses ne puisse pas avoir pour conséquence de pénaliser financièrement le professionnel de santé en lieu et place du bénéficiaire de la CMU qu'il a soigné.

Le ministre a ensuite abordé le sujet du suivi et de la mesure effective des refus de soins. Aucune méthode n'est parfaite, celle du testing présente des avantages mais également ses limites. La DREES est chargée de remettre une étude de mesure pour mars 2007. Le rapport propose de suivre, à partir des statistiques de l'assurance maladie, les médecins ayant dans leur patientèle un taux significativement, au sens mathématique du terme, inférieur à la normale. Il propose également que les Délégués de l'Assurance Maladie soient alors amenés à discuter avec les professionnels de santé de ce sujet, comme ils le font déjà lorsque sont constatés des résultats sortant des normes sur les antibiotiques, les IJ et autres statines.

Les caisses seront en outre chargées de distribuer aux professionnels de santé comme aux bénéficiaires de la CMU, une fiche simple leur rappelant leurs droits, mais également leurs devoirs.

- *Le rapport de la Cour des comptes*

Le rapport de la Cour des comptes de septembre 2006 relatif à la sécurité sociale (disponible sur le site de la Cour : <http://www.ccomptes.fr/>) consacre son chapitre VII à la gestion de la CMU complémentaire.

Sans reprendre l'ensemble des éléments de ce rapport, les recommandations de la Cour peuvent se résumer par deux termes : simplification et meilleurs contrôles.

La Cour dresse un bilan positif de la CMU qui a amélioré « significativement l'accès aux soins de 4,8 millions de bénéficiaires » et qui « a peu pesé sur les dépenses de l'Etat ». Notant la complexité du dispositif du forfait logement, renforcée encore par la disposition de la loi de finances pour 2006 créant un forfait logement spécifique pour les nouvelles demandes de CMU-C, la Cour indique cependant que « l'ensemble de ce dispositif gagnerait donc à être simplifié et rendu plus cohérent ».

Les magistrats de la rue Cambon tirent un constat d'échec des « contrats de sortie » réservés aux anciens bénéficiaires de la CMU-C dont le dossier était géré par un organisme complémentaire. Ils pointent ensuite la « lente montée en charge » de l'aide complémentaire santé, pour conclure à une nécessaire réforme « des dispositifs d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire pour les rendre plus simples et plus lisibles pour l'usager ». C'est dans le même objectif de simplification que les magistrats recommandent d'étudier la simplification de la gestion de la CMU-C. Dans ce cadre, la Cour émet l'idée d'une gestion de la CMU-C intégralement confiée aux régimes de base.

La Cour souhaite que le contrôle des déclarations de ressources des bénéficiaires de la CMU soit renforcé en particulier par les croisements de fichiers avec les services fiscaux. Il recommande également au Fonds CMU de renforcer les contrôles du dénombrement des

bénéficiaires déclarés par les régimes obligatoires. Le Fonds CMU avait anticipé cette recommandation dans le cadre de la mise en œuvre de la Lolf (Loi organique relative aux lois de finances).

Enfin la Cour des comptes insiste sur la nécessité « d'exercer en matière de refus de soins une plus grande vigilance et de diligenter les sanctions prévues à cet effet ». Il faut également noter que le rapport de la Cour consacre d'importants développements à l'action sociale du régime général et en particulier à celle de la branche maladie.

➤ DONNEES QUANTITATIVES

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU complémentaire

Les données présentées ci-après sont des données de synthèse provenant des régimes obligatoires. 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. Certaines de ces données sont par ailleurs disponibles sur le site du Fonds.

- *Qualité des données*

Les données concernant les effectifs sont délicates à établir pour des organismes qui ont pour fonction première d'effectuer des remboursements de soins. Effectuer des dénominations peut présenter des difficultés statistiques : les régimes améliorent progressivement leurs méthodes et revoient régulièrement leurs procédures de requête informatique.

Depuis 2006, un audit, accompagné d'un contrôle des effectifs des régimes obligatoires, est réalisé par le Fonds CMU, comme il l'était auparavant dans les organismes complémentaires. Cette opération, assez lourde, va se développer sur 2 ans.

Concernant la CNAMTS, ces travaux ont mis à jour un certain nombre de difficultés. La CNAMTS a entrepris de moderniser les procédures de décompte pour 2007. Le RSI est en cours de modification des procédures de requête. Les chiffres provenant des SLM (sections locales mutualistes) sont toujours difficiles à réunir.

- *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 décrue 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.

De décembre 2004 à décembre 2005, on observe une certaine croissance : 1,7 % (1,3 en métropole). La tendance au repli des organismes complémentaires se poursuit lentement après le départ d'un certain nombre d'organismes gestionnaires.

De décembre 2005 à décembre 2006, la tendance est à la stabilisation des effectifs : hausse de 0,5 % (0,3% en métropole). La baisse des organismes complémentaires est apparente, suite à une correction des décomptes des SLM début 2006. Le mouvement de baisse des effectifs dans les organismes complémentaires semble interrompu avec la fin des sorties de la liste des organismes gestionnaires en 2005.

Effectifs des bénéficiaires				
	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Janvier 2000 (estimation)	2 750 000	550 000	3 300 000	
Décembre 2000	4 443 555	616 280	5 059 835	389 085
Décembre 2001	4 098 873	617 128	4 716 001	630 426
Décembre 2002	3 978 298	590 696	4 568 994	668 086
Décembre 2003	4 089 261	622 479	4 711 740	661 473
Décembre 2004	4 157 866	598 196	4 756 062	647 195
Décembre 2005	4 212 952	622 974	4 835 926	630 831
Décembre 2006	4 226 687	634 705	4 861 392	621 577
Croissance en %				
Décembre 2001 / décembre 2000	-7,76	0,14	-6,80	62,03
Décembre 2002 / décembre 2001	-2,94	-4,28	-3,12	5,97
Décembre 2003 / décembre 2002	2,79	5,38	3,12	-0,99
Décembre 2004 / décembre 2003	1,68	-3,90	0,94	-2,16
Décembre 2005 / décembre 2004	1,32	4,14	1,68	-2,53
Décembre 2006 / décembre 2005	0,33	1,88	0,53	-1,47

Source : tous régimes d'attribution.

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

- ***Evolution du nombre de bénéficiaires en 2006 : données globales***

Les chiffres de 2006 sont encore provisoires pour le mois de décembre. Les données trimestrielles manifestent une grande stabilité de la prestation : les effectifs des OC sont en légère progression.

Stock des bénéficiaires	Métropole	DOM	Total CMU	Dont OC	Part des OC
Décembre 2005	4 212 952	622 974	4 760 846	630 831	13,0%
Mars 2006	4 194 959	631 413	4 824 718	610 042	12,6%
Juin 2006	4 230 883	637 703	4 812 243	617 269	12,7%
Septembre 2006	4 230 209	630 700	4 843 062	619 120	12,7%
Décembre 2006	4 226 687	634 705	4 861 392	621 577	12,8%

Source : tous régimes d'attribution.

- ***La répartition entre les régimes***

En matière d'ouverture de droit, le régime général représente 91,7 % des bénéficiaires, la MSA 3,1 % et le RSI 3,5 % des effectifs de l'ensemble de la prestation.

Les effectifs du régime général sont pratiquement stables.

Les autres régimes ont des évolutions plus contrastées : les bénéficiaires de la CMU du régime agricole ont subi une baisse sensible, puis se stabilisent en 2006. Cette évolution correspond à celle de l'ensemble du régime agricole.

Le régime des travailleurs indépendants accuse pour sa part une forte croissance continue. Le mouvement semble même s'accélérer en 2006 : + 13 % en métropole, + 27 % dans les DOM. Pour les DOM, il faut toutefois prendre en compte le fait qu'il s'agit d'effectifs modestes : 27 % ne font jamais que 2000 personnes couvertes en plus.

Pour expliquer cette augmentation, le RSI indique que depuis 3 ans années, le régime est lui-même en forte croissance, et que la part des assurés à faibles revenus augmente très fortement. Les mesures favorisant la création d'entreprises ont attiré vers le régime des indépendants des personnes dont la situation reste économiquement assez fragile.

	CNAMTS		CCMSA		RSI		Autres régimes et SLM	Total CMU	
	Métropole	DOM	Métropole	DOM	Métropole	DOM		Métropole	DOM
déc-03	3 762 879	600 250	139 201	14 406	127 225	5 932	61 847	4 089 261	622 479
mars-04	3 771 589	600 553	139 204	15 603	129 688	6 248	82 398	4 122 879	622 404
juin-04	3 781 004	600 539	141 075	15 942	132 534	6 354	88 937	4 143 550	622 835
sept-04	3 736 464	580 782	140 267	15 285	135 709	6 558	90 857	4 103 297	602 625
déc-04	3 786 390	576 985	138 991	14 444	140 752	6 767	91 733	4 157 866	598 196
mars-05	3 778 107	583 949	137 562	14 340	145 091	7 631	94 247	4 155 007	605 920
juin-05	3 828 295	598 437	140 419	14 373	137 321	7 182	98 943	4 204 978	619 992
sept-05	3 810 675	597 037	139 504	13 993	142 059	7 876	101 429	4 193 667	618 906
déc-05	3 819 565	602 609	139 044	13 893	153 915	6 472	100 428	4 212 952	622 974
mars-06	3 830 822	608 384	137 738	14 175	155 307	8 854	71 092	4 194 959	631 413
juin-06	3 852 389	613 637	139 419	14 474	160 075	9 592	79 000	4 230 883	637 703
sept-06	3 848 214	607 127	139 627	13 877	162 694	9 696	79 674	4 230 209	630 700
déc-06	3 844 695	611 278	139 194	13 731	162 694	9 696	80 104	4 226 687	634 705
Moyenne 2000	3 919 021	582 784	152 489		109 457	4 237	5 609	4 186 577	587 021
Moyenne 2001	4 038 253	629 434	160 297	3 333	122 791	5 094	21 599	4 341 344	639 458
Moyenne 2002	3 692 145	568 993	146 846	16 433	115 721	4 617	28 212	3 981 018	591 947
Moyenne 2003	3 772 608	580 756	140 391	14 842	120 718	5 279	54 034	4 085 943	602 684
Moyenne 2004	3 763 432	590 342	139 093	15 478	132 208	6 311	88 123	4 122 855	612 132
Moyenne 2005	3 802 913	592 741	138 767	14 194	140 579	7 336	98 762	4 181 022	614 271
Moyenne 2006	3 841 209	609 875	138 963	14 121	158 986	9 341	77 468	4 216 626	633 337
Croissance 2001	3,0%	8,0%	5,1%		12,2%	20,2%		3,7%	8,9%
Croissance 2002	-8,6%	-9,6%	-8,4%		-5,8%	-9,4%		-8,3%	-7,4%
Croissance 2003	2,2%	2,1%	-4,4%	-9,7%	4,3%	14,3%		2,6%	1,8%
Croissance 2004	-0,2%	1,7%	-0,9%	4,3%	9,5%	19,6%		0,9%	1,6%
Croissance 2005	1,0%	0,4%	-0,2%	-8,3%	6,3%	16,2%		1,4%	0,3%
Croissance 2006	1,0%	2,9%	0,1%	-0,5%	13,1%	27,3%		0,9%	3,1%

Source : tous régimes d'attribution.

• La répartition par type de gestionnaire

La part des organismes complémentaires reste assez faible dans la gestion de la prestation (12,7 %) : un grand nombre d'organismes sont sortis de la liste des volontaires fin 2003 et fin 2004, et ont réduit l'offre d'autant. Le mouvement de sortie s'est stabilisé (hors fusion entre organismes qui n'ont a priori pas d'effet sur l'offre). Les effets des sorties des organismes sont différés dans le temps (l'organisme ne prend plus de nouveaux bénéficiaires, mais gère le droit de ses ressortissants jusqu'à extinction).

Les travailleurs indépendants (non salariés non agricoles et agricoles) choisissent plus volontiers la gestion par un organisme complémentaire, ainsi que les ressortissants des régimes étudiants.

Moyenne 2005	Gestion		Total	Ratio gestion OC
	Régimes de base	Organismes complémentaires		
CNAMTS	3 860 716	534 939	4 395 655	12,2%
CCMSA	131 313	21 648	152 961	14,2%
RSI	116 640	31 275	147 915	21,1%
Autres/SLM	52 388	46 374	98 762	47,0%
Total	4 161 058	634 236	4 795 293	13,2%
Moyenne 2006	Gestion		Total	Ratio gestion OC
	Régimes de base	Organismes complémentaires		
CNAMTS	3 910 943	540 141	4 451 084	12,1%
CCMSA	132 311	20 773	153 083	13,6%
RSI	136 515	31 811	168 327	18,9%
Autres/SLM	54 686	22 782	77 468	29,4%
Total	4 234 456	615 507	4 849 962	12,7%

Source : tous régimes d'attribution.

La répartition entre modes de gestion a une composante régionale très forte, liée à l'histoire du mouvement mutualiste. Les régions qui ont des taux élevés de choix de gestion par un organisme complémentaire sont la Bourgogne, la Bretagne, la Basse-Normandie, les Pays-de-la-Loire et Rhône-Alpes. Ce sont aussi des régions où la part des bénéficiaires de la CMU dans la population est faible.

Effectifs CMU 31/06/2006 (hors SLM et autres)	Gestion			Taux OC
	Régimes de base	OC	Total	
Alsace	80 239	5 141	85 380	6,0%
Aquitaine	162 158	25 882	188 040	13,8%
Auvergne	59 833	11 699	71 532	16,4%
Basse-Normandie	60 734	26 494	87 228	30,4%
Bourgogne	60 848	29 166	90 014	32,4%
Bretagne	86 855	41 920	128 775	32,6%
Centre	115 713	29 471	145 184	20,3%
Champagne-Ardenne	88 921	10 235	99 156	10,3%
Corse	18 007	1 698	19 705	8,6%
Franche-Comté	51 512	12 464	63 976	19,5%
Haute-Normandie	105 584	22 309	127 893	17,4%
Ile-de-France	743 203	51 150	794 353	6,4%
Languedoc-Roussillon	254 662	19 311	273 973	7,0%
Limousin	38 148	4 564	42 712	10,7%
Lorraine	116 440	17 681	134 121	13,2%
Midi-Pyrénées	168 967	12 344	181 311	6,8%
Nord-Pas-de-Calais	418 952	25 818	444 770	5,8%
Pays-de-la-Loire	123 189	43 219	166 408	26,0%
Picardie	136 814	5 715	142 529	4,0%
Poitou-Charentes	90 753	17 329	108 082	16,0%
PACA	412 733	19 227	431 960	4,5%
Rhône-Alpes	245 874	78 907	324 781	24,3%
Métropole	3 640 139	511 744	4 151 883	12,3%
Guadeloupe	69 677	58 521	128 198	45,6%
Martinique	92 950	23 237	116 187	20,0%
Guyane	71 708	724	72 432	1,0%
Réunion	320 774	54	320 828	0,0%
DOM	555 109	82 536	637 645	12,9%
Total France	4 195 248	594 280	4 789 528	12,4%

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI.

A l'inverse, les régions industrielles et urbaines denses, à forte concentration de bénéficiaires de la CMU ont des taux faibles de choix de gestion par les complémentaires : Ile-de-France, Nord, Pas-de-Calais, Picardie au nord, Languedoc-Roussillon et région PACA au sud.

L'Alsace a un taux faible d'OC en raison des caractéristiques de son régime local d'assurance maladie qui offre une bonne couverture par le régime obligatoire.

- *La répartition géographique des bénéficiaires de la CMU-C***

7,8 % de la population résidant en France est couverte par la CMU complémentaire (la répartition géographique ci-dessous ne concerne que 7,7 %, car étant calculée sur les bénéficiaires des seuls 3 grands régimes, sans les SLM et les petits régimes).

Les variations territoriales sont très fortes, et traduisent les variations de richesse : la plus forte variation est entre la métropole (6,9 %) et les DOM (35,6 %). La Réunion, avec 320 000 bénéficiaires et 42 % de la population couverte constitue un record absolu. La Guyane, avec 39 % de la population couverte, est en voie de la rattraper.

En métropole, les variations vont de 1 à 4 entre la Bretagne et le Languedoc-Roussillon. En annexe, on trouvera l'ensemble des chiffres par département.

Effectifs CMU 31/06/2006 (hors SLM et autres)	Population estimée 2004 INSEE	CMU Tous régimes Juin 2005	RMI Tous régimes Juin 2005	Taux CMU sur population	Taux RMI sur population	Taux RMI/CMU
Alsace	1 793 859	85 380	52 076	4,8%	2,9%	61,0%
Aquitaine	3 044 636	188 040	103 744	6,2%	3,4%	55,2%
Auvergne	1 326 406	71 532	38 210	5,4%	2,9%	53,4%
Basse Normandie	1 441 833	87 228	40 121	6,0%	2,8%	46,0%
Bourgogne	1 623 295	90 014	42 440	5,5%	2,6%	47,1%
Bretagne	3 020 885	128 775	63 880	4,3%	2,1%	49,6%
Centre	2 481 926	145 184	72 477	5,8%	2,9%	49,9%
Champagne-Ardenne	1 336 330	99 156	49 267	7,4%	3,7%	49,7%
Corse	273 060	19 705	10 442	7,2%	3,8%	53,0%
Franche-Comté	1 138 930	63 976	30 401	5,6%	2,7%	47,5%
Haute-Normandie	1 802 417	127 893	69 319	7,1%	3,8%	54,2%
Ile-de-France	11 290 831	794 353	405 472	7,0%	3,6%	51,0%
Languedoc-Roussillon	2 462 473	273 973	153 078	11,1%	6,2%	55,9%
Limousin	721 618	42 712	19 365	5,9%	2,7%	45,3%
Lorraine	2 330 504	134 121	77 681	5,8%	3,3%	57,9%
Midi-Pyrénées	2 701 049	181 311	96 704	6,7%	3,6%	53,3%
Nord-Pas-de-Calais	4 027 706	444 770	252 015	11,0%	6,3%	56,7%
Pays-de-la-Loire	3 357 861	166 408	83 499	5,0%	2,5%	50,2%
Picardie	1 874 601	142 529	69 312	7,6%	3,7%	48,6%
Poitou-Charentes	1 691 470	108 082	57 848	6,4%	3,4%	53,5%
PACA	4 702 555	431 960	234 815	9,2%	5,0%	54,4%
Rhône-Alpes	5 895 755	324 781	153 788	5,5%	2,6%	47,4%
Métropole	60 340 000	4 151 883	2 175 954	6,9%	3,6%	52,4%
Guadeloupe	448 000	128 198	71 636	28,6%	16,0%	55,9%
Martinique	395 000	116 187	61 919	29,4%	15,7%	53,3%
Guyane	184 000	72 432	33 040	39,4%	18,0%	45,6%
Réunion	763 000	320 828	188 179	42,0%	24,7%	58,7%
DOM	1 790 000	637 645	354 774	35,6%	19,8%	55,6%
Total France	62 130 000	4 789 528	2 530 728	7,7%	4,1%	52,8%

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE.

Deux régions au sud (Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte-d'Azur) et le Nord-Pas-de-Calais ont les plus fortes densités.

Les régions Alsace, Bretagne, Pays-de-la-Loire ont les plus faibles densités.

D'autres régions, et particulièrement l'Ile-de-France, présentent de fortes disparités infrarégionales : l'écart entre la Seine-Saint-Denis et les Yvelines est de 1 à 4 (12,8 % et 3,8 %).

Quatre régions de la métropole (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais au nord et PACA et Languedoc-Roussillon au sud), représentent 37 % de la population de la métropole et 47 % des bénéficiaires : la pauvreté manifestée par la CMU est urbaine.

Les DOM représentent moins de 3 % de la population française, mais plus de 13,3 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

- CMU et RMI : des évolutions qui ne sont pas parallèles***

Les bénéficiaires du RMI ont de droit accès à la prestation, sous réserve toutefois d'en faire la demande et de choisir l'organisme gestionnaire. Leur nombre représente approximativement la moitié des bénéficiaires de la CMU.

	Historique RMI et CMU	Effectifs juin-00	Effectifs juin-01	Effectifs juin-02	Effectifs juin-03	Effectifs juin-04	Effectifs juin-05	Effectifs juin-06
RMI	Métropole	1 951 820	1 858 407	1 832 466	1 866 082	2 042 045	2 122 197	2 179 684
	DOM	283 523	304 267	320 319	331 233	356 951	360 579	357 502
CMU	Total France	2 235 343	2 162 674	2 152 785	2 197 315	2 398 996	2 482 776	2 537 186
	Métropole	3 930 936	4 655 301	4 102 335	4 138 850	4 143 550	4 204 978	4 230 883
Taux croissance RMI	DOM	552 849	661 241	595 501	607 043	622 835	619 992	637 703
	Total France	4 483 785	5 316 542	4 697 836	4 745 893	4 766 385	4 824 970	4 868 586
Taux croissance CMU	Métropole		-4,8%	-1,4%	1,8%	9,4%	3,9%	2,7%
	DOM		7,3%	5,3%	3,4%	7,8%	1,0%	-0,9%
Total France			-3,3%	-0,5%	2,1%	9,2%	3,5%	2,2%
Taux croissance CMU	Métropole		18,4%	-11,9%	0,9%	0,1%	1,5%	0,6%
	DOM		19,6%	-9,9%	1,9%	2,6%	-0,5%	2,9%
Total France			18,6%	-11,6%	1,0%	0,4%	1,2%	0,9%

Source : tous régimes d'attribution, CNAF.

Les séries statistiques divergent assez fortement alors qu'on pourrait s'attendre à une évolution similaire des prestations.

- *Les départements d'outre mer*

Les DOM sont dans une situation particulière : le tiers de la population bénéficie de la CMU-C, ce qui crée une situation nouvelle vis-à-vis du droit à l'assurance maladie. La CMU se confond en partie avec le droit commun.

Les résultats des différents départements ne sont pas les mêmes, et renvoient le plus souvent à des caractéristiques locales.

La Guadeloupe éprouve depuis plusieurs années des difficultés de gestion, que traduisent les fluctuations anormalement fortes des effectifs. La part des bénéficiaires dans la population est de 29 %, à un même niveau que celle de la Martinique. La Martinique présente une série homogène, avec une croissance significative des effectifs en fin 2003/début 2004 (mesure de majoration du plafond).

La Guyane est de loin le département qui a la croissance la plus forte sur une longue période : c'est aussi un département atypique, dont la population a doublé sur 20 ans en raison d'une forte immigration des indiens du fleuve. Le taux de population couverte est de 39 %.

Avec 42 % de la population couverte, La Réunion a un taux de bénéficiaires particulièrement élevé. Il s'agit en partie d'un héritage de la situation antérieure à la généralisation de la sécurité sociale sur le département. Cette situation peut expliquer la faible évolution des effectifs, voire une légère décrue (on est passé de 48 % de la population bénéficiant de la CMU en décembre 2001 à 42 % aujourd'hui). La crise économique durable et les formes d'emplois atypiques peuvent expliquer en partie cette situation singulière.

Ces diverses données montrent que la mesure spécifique aux DOM de revalorisation du plafond d'accès à la CMU en 2004 n'a eu finalement qu'un impact limité en terme de croissance du nombre de bénéficiaires : elle a eu principalement pour effet de maintenir dans la prestation des personnes qui auraient pu en sortir à l'occasion d'une vérification des ressources. Les aléas de gestion de la Guadeloupe ont par ailleurs contribué à masquer les effets de la mesure.

Le taux de croissance global de la CMU dans les DOM reste durablement plus élevé que celui de la métropole.

DOM	Pop 2005	juin-02	déc-02	juin-04	juin-05	juin-06
Guadeloupe	448 000	107 944	134 522	131 768	120 256	128 198
Martinique	395 000	104 116	97 813	105 833	110 009	116 187
Guyane	184 000	42 642	53 509	56 786	66 344	72 432
Réunion	763 000	338 614	323 354	328 287	323 383	320 828
Total	1 790 000	593 316	609 198	622 674	619 992	637 645
Guadeloupe			24,6%	-2,0%	-8,7%	6,6%
Martinique			-6,1%	8,2%	3,9%	5,6%
Guyane			25,5%	6,1%	16,8%	9,2%
Réunion			-4,5%	1,5%	-1,5%	-0,8%
Total			2,7%	2,2%	-0,4%	2,8%

Source : tous régimes d'attribution.

- Caractéristiques des bénéficiaires de la CMU en matière d'âge et de sexe**

Les caractéristiques de la population de la CMU-C ont fait l'objet de développements dans le rapport d'activité 2005 et dans le rapport d'évaluation 2006. Le lecteur est invité à s'y reporter. Ces documents sont consultables en ligne sur notre site www.cmu.fr.

Pour mémoire, on trouvera ci-dessous les tableaux comparant la population générale en métropole et celle de la CMU au régime général. On peut y relever deux caractéristiques principales : la part très importante des jeunes de moins de 20 ans, et celle des femmes entre 20 et 40 ans. 75 % des bénéficiaires de la CMU ont moins de 40 ans.

Population INSEE 2004 métropole			
Tranches d'âge	Hommes	Femmes	Total
0/20 ans	7 718 147	7 377 015	15 095 162
20/40 ans	8 218 178	8 186 663	16 404 841
40/60 ans	8 070 355	8 294 069	16 364 424
60 à plus	5 311 702	7 163 871	12 475 573
Total	29 318 382	31 021 618	60 340 000
0/20 ans	26,3%	23,8%	25,0%
20/40 ans	28,0%	26,4%	27,2%
40/60 ans	27,5%	26,7%	27,1%
60 à plus	18,1%	23,1%	20,7%
0/20 ans	51,1%	48,9%	100,0%
20/40 ans	50,1%	49,9%	100,0%
40/60 ans	49,3%	50,7%	100,0%
60 à plus	42,6%	57,4%	100,0%
Total	48,6%	51,4%	100,0%

Source : INSEE.

CNAMETS métropole Tranches d'âge	Assurés		Ayants droit		Total 2004
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
0/20 ans	78 370	78 573	866 430	840 223	1 863 596
20/40 ans	491 625	647 437	60 155	126 954	1 326 171
40/60 ans	364 177	397 699	19 516	81 653	863 045
60 à plus	69 936	68 607	3 604	12 673	154 820
Total	1 004 108	1 192 316	949 705	1 061 503	4 207 632
0/20 ans	7,8%	6,6%	91,2%	79,2%	44,3%
20/40 ans	49,0%	54,3%	6,3%	12,0%	31,5%
40/60 ans	36,3%	33,4%	2,1%	7,7%	20,5%
60 à plus	7,0%	5,8%	0,4%	1,2%	3,7%
	Hommes	Femmes	Assurés	Ayants droit	
0/20 ans	50,7%	49,3%	8,4%	91,6%	
20/40 ans	41,6%	58,4%	85,9%	14,1%	
40/60 ans	44,5%	55,5%	88,3%	11,7%	
60 à plus	47,5%	52,5%	89,5%	10,5%	
Total	46,4%	53,6%	52,2%	47,8%	

Source : CNAMTS.

Structure et niveau des dépenses de CMU complémentaire

Les différents régimes d'assurance maladie transmettent chaque année au Fonds CMU un état des dépenses qu'ils ont engagées au titre de la CMU complémentaire pour les personnes dont ils assurent la gestion. Ces dépenses sont détaillées par nature, selon une nomenclature simplifiée, mais commune à tous les organismes gestionnaires. Elles sont aussi détaillées par caisses, tout au moins pour les 3 régimes principaux. Ces données permettent d'identifier des anomalies éventuelles dans les résultats.

Elles autorisent le calcul du coût unitaire moyen par bénéficiaire, et de le comparer au montant des remboursements que touchent les organismes pour la gestion de la prestation (en 2005 : 304,52 € en 2006 : 340 €). En ce qui concerne le coût moyen par bénéficiaire, il convient de préciser que les incertitudes concernant les effectifs, en particulier au régime général, ont des conséquences directes sur la fiabilité de ces résultats.

Les données portent sur la partie complémentaire de la dépense. On peut toutefois penser que l'évolution des dépenses maladie et de celles de la part complémentaire est à peu près comparable, sauf changement important du périmètre des soins pris en charge.

Il convient aussi de tenir compte du fait que la notion de « dépense moyenne » en matière d'assurance maladie a un sens statistique, mais peut facilement engendrer des malentendus. Elle décrit très mal les consommations réelles de soins de santé : la dépense maladie est toujours extrêmement concentrée sur la petite partie des malades souffrant de pathologies graves et très coûteuses. C'est particulièrement vrai pour les dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance maladie, mais c'est aussi vrai pour la CMU complémentaire : un séjour à l'hôpital un peu long va engendrer une forte dépense de forfait hospitalier. Le coût de la santé pour une personne en situation « normale » et pour une personne prise en charge pour une pathologie grave renvoie à des échelles peu comparables. Il faut garder en mémoire que, pour les assurés du régime général, 5 % des assurés génèrent 50 % de la dépense.

Les dépenses sont présentées en date de soins, ce qui explique que le Fonds ne dispose des données qu'avec un an de décalage : les dépenses engagées au titre de l'exercice N sont partiellement remboursées au cours de l'année civile, mais il reste toujours une partie des dépenses qui seront réglées au cours de l'exercice suivant, notamment les dépenses hospitalières. L'introduction de la Carte Vitale et la généralisation de la télétransmission ont amélioré la vitesse de traitement des règlements, mais environ 10 % de la dépense est réglée sur l'exercice N+1. Ce report n'interdit pas une prévision, mais pour avoir des analyses plus détaillées, il faut des résultats complets.

Les analyses suivantes portent sur la métropole : les données de la Réunion et de la Martinique semblent en cohérence avec les données globales. En revanche, celles de la Guadeloupe et de la Guyane sont trop fragiles pour prêter à une comparaison significative.

- ***La structure des dépenses (régime général, métropole)***

Les dépenses de CMU complémentaire peuvent être analysées par nature : elles sont regroupées en bas du tableau ci-dessous en ensembles principaux (soins de ville, soins hospitaliers, forfaits pour le dentaire et l'optique) et de façon plus spécifique pour le poste « médicament », et les « dépenses totales du dentaire ».

Le ticket modérateur pour les soins de ville (hors prestations hospitalières et honoraires du secteur public) représente 63,8 % des dépenses. Mais près de la moitié de cette dépense est affectée aux médicaments, qui constituent de très loin le poste principal de dépenses.

Les forfaits de dépassements représentent 10,6 % de la dépense totale. Aux ¾, il s'agit de prothèses dentaires. L'optique est loin derrière, avec 16 % des dépenses de forfaits de dépassements.

L'hôpital comprend les prestations hospitalières, le forfait journalier et les honoraires du secteur public. La part de l'hôpital représente 25,6 % de la dépense totale. Il n'est pas possible de donner une signification aux postes portant sur le forfait hospitaliser et les ticket modérateur : l'article L.174-4 de CSS introduit une règle d'imputation comptable à la dépense la plus élevée qui n'a qu'une valeur en termes de facturation, et non en termes d'identification de la nature des actes. Par ailleurs, les honoraires du secteur public regroupent différents actes réalisés à l'hôpital (consultations externes ou urgences) qui sont comptés dans le budget global de l'hôpital. Il faut enfin savoir que les tickets modérateurs pour les soins hospitaliers réalisés dans des établissements privés sont souvent comptabilisés dans les honoraires des spécialistes.

Les « honoraires du secteur public » sont désormais comptés dans les soins hospitaliers (même si une partie d'entre eux correspondent à des dispensaires). Il s'agit le plus souvent des consultations externes des hôpitaux, pour des spécialités. Ces honoraires du secteur public ont un montant significatif (+ de 3 % de la dépense totale), et ils sont une spécificité du régime général. Ils sont concentrés en Ile-de-France (départements 75-92-93-94). Le recours à l'hôpital public reste fréquent pour les publics défavorisés, pour des raisons diverses, et notamment par refus plus ou moins explicite des médecins spécialistes de recevoir des personnes très modestes en cabinet.

Le poste dentaire est présenté de façon séparée à titre indicatif, en regroupant les honoraires, les prothèses et soins d'orthopédie faciale (appareillage dentaire des enfants). Ce poste représente 14,6 % des dépenses totales.

L'évolution de la dépense individuelle dans le temps est relativement modérée : + 4,8 % en 2004, + 3,5 % en 2005.

Le poste des médicaments, par son poids relatif, contribue à cette augmentation limitée des dépenses.

Les dépenses des forfaits de dépassements, après une période de montée en charge, se sont stabilisées, tout comme les honoraires dentaires. Il est possible que la revalorisation des tarifs de prothèses dentaires à la mi-2006 provoque un rebond dans les comptes 2006.

La part de l'hôpital reste stable dans le temps, avec ¼ des dépenses : l'état de santé, plutôt médiocre des personnes en situation de précarité peut expliquer cette place importante de l'hôpital qui diverge de celle des dépenses des complémentaires santé globalement.

CNAMTS métropole	Dépenses 2005	Coût unitaire 2004	Coût unitaire 2005	Croissance 2004	Croissance 2005
Effectifs		3 331 509	3 390 510		
Montant total des prestations servies	1 132 975 426	322,8	334,2	4,8%	3,5%
1° Ticket modérateur	922 023 732	263,1	271,9	4,4%	3,3%
a) Honoraires médicaux	193 271 759	55,5	57,0	0,8%	2,7%
a1) généralistes	126 812 597	36,6	37,4	-1,7%	2,3%
a2) spécialistes	66 459 162	18,9	19,6	5,9%	3,5%
b) Honoraires dentaires	65 268 382	19,2	19,3	5,6%	0,5%
c) Honoraires des auxiliaires médicaux	53 282 099	15,0	15,7	17,4%	4,8%
d) Honoraires du secteur public	37 124 539	10,8	10,9	0,8%	1,2%
e) Médicaments et dispositifs médicaux	349 674 520	102,2	103,1	3,9%	0,9%
e1) médicaments	325 052 980	95,3	95,9	3,3%	0,7%
e2) dispositifs médicaux	24 621 540	7,0	7,3	12,2%	4,2%
f) Frais d'analyse, biologie médicale	46 939 421	13,4	13,8	7,2%	3,0%
g) Frais de transport	13 091 892	3,5	3,9	15,0%	9,1%
h) Prestations hospitalières	162 119 097	43,0	47,8	6,6%	11,1%
i) Prestations (cures thermales, etc)	1 252 023	0,4	0,4		
2° Forfait journalier	90 617 427	25,0	26,7	4,9%	6,8%
3° Forfaits de dépassements	120 334 268	34,6	35,5	7,7%	2,6%
a) Soins dentaires prothétiques	89 217 827	26,0	26,3	8,0%	1,1%
b) Soins d'orthopédie faciale	10 828 361	3,1	3,2	4,5%	2,5%
c) Optique	19 144 728	5,2	5,6	8,5%	9,4%
d) Audioprothèse	1 143 346	0,3	0,3		
e) Autres soins	7	0,0	0,0		
4° Autres prestations	0	0,0	0,0		
Rappel Soins deville	722 780 097	209,3	213,2	4,1%	1,9%
(dont médicaments)	325 052 980	95,3	95,9	3,3%	0,7%
Rappel Forfaits de dépassements	120 334 268	34,6	35,5	7,7%	2,6%
Rappel Hôpital (prest/forfait/hono public)	289 861 062	78,9	85,5	5,3%	8,4%
Rappel dentaire total (hono+forfaits)	165 314 569	48,3	48,8	6,8%	0,9%
Rappel Soins de ville	63,8%	64,8%	63,8%		
(dont médicaments)	28,7%	29,5%	28,7%		
Rappel Forfaits de dépassements	10,6%	10,7%	10,6%		
Rappel Hôpital (prest/forfait/hono public)	25,6%	24,4%	25,6%		
Rappel dentaire total (hono+forfaits)	14,6%	15,0%	14,6%		

Source : CNAMTS.

- *Comparaison entre régimes*

La comparaison de la consommation de soins par personne, dans les 3 principaux régimes obligatoires en métropole donne des indications sur les modes de consommation de soins, en soulignant le fait que les populations concernées sont assez différentes : en nombre, naturellement, et en caractéristiques sociodémographiques.

Les bénéficiaires de la CMU du RSI et de la CCMSA ont des situations qui les situent plutôt en proximité d'une activité professionnelle, alors que le régime général, outre les salariés et leur famille (qu'ils aient un emploi ou non), recueille toutes les populations qui se situent en dehors du monde du travail, souvent pour raisons de santé ou d'insertion sociale. Ces populations, sans être très importantes numériquement, sont souvent celles qui ont de fortes dépenses d'hospitalisation. Elles vont donc tirer la dépense du régime général vers le haut.

Cette constatation est particulièrement visible dans le cadre du RSI. Les ressortissants du RSI ont une dépense hospitalière beaucoup plus faible (53,5 € contre 85,5 € pour le régime général). En revanche leur consommation de soins dentaires et de spécialistes est plus forte que pour le régime général.

Pour la CCMSA, les soins hospitaliers se situent à un niveau intermédiaire entre le régime général et celui des travailleurs indépendants. La présentation de la ventilation des dépenses est un peu particulière pour la CCMSA, qui inscrit une part des prestations hospitalières dans le chapitre des honoraires du secteur public. Les consommations de forfaits de dépassements, et surtout de soins dentaires se situent à un niveau relativement élevé : 55 € pour la CCMSA contre 48,8 € pour le régime général (cumul honoraires, prothèses et orthodontie).

La date de publication de ce rapport ne permet pas d'établir une comparaison avec la structure des dépenses des organismes complémentaires.

Pour les soins courants, pouvant être représentés par les honoraires médicaux, les auxiliaires médicaux et la pharmacie, les niveaux de dépenses sont similaires.

En euros					
Métropole 2005	CNAMTS	RSI	CCMSA	RSI/CNAMTS	CCMSA/CNAMTS
Effectifs	3 390 510	109 662	117 891	<i>Comparaison avec CNAMTS</i>	
Montant total des prestations servies	334,2	301,1	314,2	90,1%	94,0%
1° Ticket modérateur	271,9	247,4	254,5	91,0%	93,6%
a) Honoraires médicaux	57,0	53,4	56,8	93,7%	99,6%
a1) généralistes	37,4	30,7	39,9	82,2%	106,6%
a2) spécialistes	19,6	22,7	16,9	115,7%	86,1%
b) Honoraires dentaires	19,3	21,9	22,6	113,6%	117,4%
c) Honoraires des auxiliaires médicaux	15,7	14,3	15,5	90,9%	98,9%
d) Honoraires du secteur public	10,9	2,0	31,6		
e) Médicaments et dispositifs médicaux	103,1	102,9	104,5	99,7%	101,3%
e1) médicaments	95,9	95,1	96,7	99,2%	100,8%
e2) dispositifs médicaux	7,3	7,8	7,8		
f) Frais d'analyse et de biologie médicale	13,8	14,8	14,4	106,7%	104,3%
g) Frais de transport	3,9	2,3	3,9		
h) Prestations hospitalières	47,8	35,4	5,2	74,1%	11,0%
i) Prestations (cures thermales, etc)	0,4	0,5	0,0		
2° Forfait journalier	26,7	16,1	21,6	60,1%	80,6%
3° Forfaits de dépassements	35,5	37,6	37,8	106,1%	106,5%
a) Soins dentaires prothétiques,	26,3	27,7	29,1	105,3%	110,4%
b) Soins d'orthopédie faciale	3,2	3,3	3,3		
c) Optique	5,6	6,3	5,0	111,4%	89,1%
d) Audioprothèse	0,3	0,4	0,3		
e) Autres soins	0,0	0,0	0,1		
4° Autres prestations	0,0	0,0	0,3		
Rappel Soins de ville (sans hôpital)	213,2	209,9	217,8	98,5%	102,1%
(dont médicaments)	95,9	95,1	96,7	99,2%	100,8%
Rappel Forfaits de dépassements	35,5	37,6	37,8	106,1%	106,5%
Rappel Hôpital (prest/forfait/hon public+hono public)	85,5	53,5	58,3	62,6%	68,2%
Rappel dentaire total (hono+forfaits+hono public)	48,8	52,8	55,0	108,4%	112,8%
Rappel Soins de ville (sans hôpital)	63,8%	69,7%	69,3%		
(dont médicament)	28,7%	31,6%	30,8%		
Rappel Forfaits de dépassements	10,6%	12,5%	12,0%		
Rappel Hôpital (prest/forfait)	25,6%	17,8%	18,6%		
Rappel dentaire total (hono+forfaits)	14,6%	17,6%	17,5%		

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI.

Il convient de rappeler que le Fonds CMU, chaque année, publie un rapport spécifique (disponible sur son site) sur le coût moyen dans les organismes complémentaires.

- ***Variations selon les départements***

Les données 2005 sont conformes aux données parues les années précédentes : les dépenses varient selon les départements de métropole, mais les situations extrêmes correspondent à des cas spécifiques : les 3 départements du régime particulier d'Alsace Moselle ont naturellement une faible dépense (les remboursements de la part obligatoire sont meilleurs), et la Lozère a un effectif très faible, avec une part dominante d'hospitalisation.

En excluant ces départements extrêmes, les dépenses vont de 271 € pour l'Yonne à 485 € pour la Corrèze. Ces différences sont persistantes dans le temps, ce qui renvoie probablement à des situations locales. Les dépenses moyennes sont de 334 € en Métropole, et de 300 € dans les DOM.

Une analyse plus détaillée des dépenses par nature fournit quelques indications.

Dans les départements dont le coût moyen est élevé, comme la Corrèze, Cantal, Corse, Lozère, Gers, Vienne, Hautes-Pyrénées, etc. Ce sont souvent des départements petits, dont les effectifs sont faibles, et qui peuvent être marqués par la présence sur leur territoire de divers établissements hospitaliers ou de long séjour. Ce sont les frais d'hospitalisation qui sont largement prédominants.

Des départements du sud de la France (Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Gard, Haute-Garonne et Hérault), qui ont des effectifs importants, et une consommation élevée de soins de ville et de forfaits. La consommation du poste « pharmacie » est parfois très élevée, ainsi que celle du dentaire.

Mises à part les situations de forte consommation hospitalière, qui renvoient à des situations médicales particulières, les fortes consommations de soins semblent renvoyer à des pratiques des assurés et/ou des professionnels de santé. Ces zones ne se confondent pas avec les départements qui ont un fort taux de secteur 2 ou des dépenses de santé élevées : les dépenses de l'Ile-de-France se situent dans la moyenne.

Les départements à faible consommation sont des départements de taille moyenne, et tous ont des caractéristiques relativement proches en matière de distribution de consommation de soins : les consommations hospitalières sont dans la moyenne, mais les consommations de soins de ville sont nettement inférieures à la moyenne, et notamment en matière de pharmacie. Les plus grandes différences concernent les forfaits de ville, qui varient fortement, tout comme les soins dentaires. Le cas de l'Yonne, qui a une consommation de dentaire de moitié inférieure à la moyenne est assez surprenant.

Les résultats concernant les DOM sont hétérogènes : les données relatives à la Guyane sont probablement incomplètes, tout comme celles de la Guadeloupe. Les données de la Martinique et de la Réunion sont en revanche proches de celles de la métropole, avec une assez forte consommation de pharmacie. Le niveau de consommation des forfaits (dentaire, optique) est faible.

Le tableau détaillé de ces résultats figure en annexe 4.

- ***Une estimation de la dépense moyenne 2006***

Une première estimation de la dépense moyenne 2006 peut être réalisée, puisque les régimes obligatoires ont communiqué leurs dépenses 2006 payées au titre de 2006, et qu'il est possible d'extrapoler le taux de dépenses qui seront payées en 2007 au titre de 2006 (provisions des régimes).

L'estimation 2006 est à environ 353 € pour la CNAMTS en métropole. Il est difficile d'avoir des données complètes pour les DOM : néanmoins la dépense des DOM est un peu plus faible que celle de la métropole, et tire la dépense moyenne « France entière » vers le bas (- 5 €).

La CCMSA métropole est à 334 € et le RSI à 314 €

La dépense des organismes complémentaires se situe dans la moyenne.

Ces chiffres estimés sont à périmètre de remboursement constant. Il est très possible que la réforme de l'assurance maladie, augmentant le ticket modérateur à charge, les forfaits hospitaliers, les médicaments à faibles remboursements, les prothèses dentaires, et le prix de certains actes courants ait des effets de majoration de la part remboursée par la CMU-C.

METROPOLE	Dépense unitaire par an				Estimation 2006
	2002	2003	2004	2005	
Régime général	300,7	308,1	322,8	334,2	354,3
Régime agricole	266,8	288,1	302,6	314,2	333,7
Régime des travailleurs indépendants	250,2	270,9	274,1	301,1	314,3
Organismes complémentaires	272,1	290,9	301,2	317,1	
	Croissance de la dépense unitaire par an				Estimation 2006
	2002	2003	2004	2005	
Régime général		2,5%	4,8%	3,5%	6,0%
Régime agricole		8,0%	5,0%	3,8%	6,2%
Régime des travailleurs indépendants		8,3%	1,2%	9,8%	4,4%
Organismes complémentaires		6,9%	3,5%	5,3%	
Evolution de l'ONDAM réalisé	7,1%	6,4%	4,9%	4,0%	3,2%

Source : CNAMTS, CCMSA, RSI, OC.

Montée en charge de l'ACS

- *Nombre de bénéficiaires et d'utilisateurs d'attestations*

L'observation de la montée en charge du dispositif met en évidence les chiffres suivants :

	Nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie	Nombre de bénéficiaires ayant effectivement utilisé l'attestation	Montant moyen déduction annuelle (en €)
Février 2005	75 000	12 805	136
Mai 2005	182 000	62 811	143
Août 2005	264 000	113 731	138
Novembre 2005	364 000	177 710	138
Décembre 2005	402 000	-	-
Février 2006	72 000	202 973	153
Mai 2006	170 000	226 352	168
Août 2006	256 000	234 233	184
Novembre 2006	360 000	240 664	201
Décembre 2006	391 000	-	-

Source : déclarations des organismes complémentaires au Fonds CMU, données CNAMTS, CCMSA, RSI.

Au 30 novembre 2006, 241 000 personnes ont effectivement utilisé leur attestation d'ACS auprès d'un organisme complémentaire. On observe un ralentissement de la progression du nombre des utilisateurs qui va de pair avec la relative stabilité dans la délivrance observée des attestations entre 2005 et 2006 (402 000 personnes disposant d'une attestation délivrée en 2005, 391 000 en 2006, le nombre ayant même légèrement diminué entre les 2 périodes). Le nombre de personnes ayant effectivement utilisé leur attestation apparaît très éloigné de la cible affichée initialement (2 millions de personnes), et ce, après deux années de mise en œuvre.

- *Les bénéficiaires de l'ACS dans les organismes complémentaires*

Au 30 novembre 2006, les 241 000 bénéficiaires déclarés l'ont été par 580 organismes complémentaires dont la répartition des bénéficiaires selon la nature d'organisme s'établit de la manière suivante :

	Nombre de bénéficiaires	Structure en %	Nombre d'organismes	Structure en %
Mutuelles	185 665	77,15	496	85,52
IP	5 394	2,24	27	4,66
Assurances	49 605	20,60	57	9,83
Total	240 664	100,00	580	100,00

Source : déclarations des organismes complémentaires au Fonds CMU.

➤ 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, la gestion de la liste nationale des organismes volontaires pour gérer des contrats CMU et la réalisation d'enquêtes spécifiques font du Fonds le détenteur de données originales.

Contexte et évolutions du monde des complémentaires santé

Le monde des complémentaires santé est en constante évolution. Aussi, sans être exhaustif, il est important de rappeler certains éléments de contexte ainsi que les évolutions marquantes de l'année écoulée

- *La situation financière des organismes complémentaires*

La situation financière des organismes complémentaires s'est améliorée ces dernières années

Un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie paru en juillet 2006 met en évidence la croissance plus rapide des primes ou cotisations santé encaissées par les organismes complémentaires que des prestations versées ; entre 2001 et 2005, en effet, les primes ou cotisations ont progressé de 39 % alors que les dépenses de soins évoluaient de 25 %. Dans le même temps, l'augmentation du taux de couverture des personnes assurées a été évalué à 1 point environ, évolution qui ne peut avoir eu un effet majeur sur les cotisations. En se référant aux chiffres fournis par le Haut Conseil, l'Argus de l'assurance du 1^{er} septembre 2006 a calculé que le rapport Sinistres/Primes était passé de 87,7 % en 2001 à 79,3 % en 2005, soit une amélioration de 8,4 points.

La mutualité inquiète de la réforme des règles prudentielles

La Commission européenne doit présenter en juillet 2007 la future directive européenne Solvabilité 2. Dans cette perspective, Daniel LENOIR, directeur de la FNMF a fait part de son inquiétude sur des exigences de fonds propres « démesurées ». L'application de la formule standard conduirait en effet à multiplier par 1,2 à 3, l'exigence de marge de solvabilité actuelle. Ces exigences accrues entraîneraient en moyenne pour les mutuelles concernées des hausses de tarif de 15 à 30 %, à garanties inchangées, c'est-à-dire sans que les adhérents soient mieux protégés, ce qui d'après Daniel LENOIR va à l'encontre du but recherché. Selon ce dernier, il en résultera une vraie distorsion de concurrence car les mutuelles de santé ne pourront pas faire appel au marché des capitaux pour couvrir ces nouveaux besoins en fonds propres. Daniel LENOIR plaide pour une prise en compte dans le modèle standard, de la spécificité du risque de santé mutualiste. Il explique en effet que les mutuelles ajustent chaque année leurs cotisations en fonction du risque et le mécanisme d'adhésion garantit une plus grande fidélité. Il souligne entre autre que le projet de formule standard ne tient pas compte de la protection collective mise en place par la mutualité à travers son système fédéral de garantie.

- ***Bilan du fonctionnement de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)***

Constituée sous la forme d'une association, l'UNOCAM présidée par Jean-Michel LAXALT, représentant de la mutualité française (vice président de la FNMF), 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 ;
- donner des avis sur les taux de remboursement proposés par l'UNCAM ;
- 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 toute mesure et réforme permettant de résoudre les questions en commun avec l'assurance maladie.

Cette union est composée 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 la prise en charge des 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 ».

Après deux ans de fonctionnement, les membres se disent plutôt satisfaits de cette structure qui permet de rapprocher des points de vue et de dégager des consensus. Toutefois, à ce stade, outre la non prise en compte de ses avis, l'UNOCAM se considère peu, voire pas associée aux débats et aux décisions et ce en contradiction avec les objectifs qui lui étaient assignés.

Les conditions d'instauration d'une franchise de 18 euros sur les actes lourds et la création d'un taux de remboursement à 15 % pour certains médicaments en sont d'après elle l'illustration. La première mesure entraîne selon Jean-Michel LAXALT une double rupture : par rapport à l'esprit de la protection sociale qui consiste à fournir une couverture sans ticket modérateur pour les actes lourds, et ensuite vis-à-vis de la réforme, qui a pour but de dépenser mieux et de responsabiliser les patients.

Dans deux autres dossiers, l'UNOCAM souligne ne pas avoir été associée.

Pour ce qui est du protocole d'accord entre l'assurance maladie et les syndicats de dentistes portant sur la revalorisation des soins conservatoires, Jean-Michel LAXALT a porté une appréciation négative sur ce protocole qui ne fixe pas d'objectif global de dépenses et ne prévoit pas « d'efforts de modération de la part des dentistes sur les dépenses de prothèses, au coût dissuasif pour un certain nombre de patients » même si les organismes complémentaires sont d'accord sur le principe de revalorisation des soins conservateurs prévue dans l'accord. Les organismes complémentaires se sont sentis écartés de la négociation avec les dentistes alors qu'ils soulignent pourtant couvrir le tiers des dépenses de soins dentaires.

En ce qui concerne la disposition concernant l'autorisation donnée aux opticiens de renouveler les lunettes qui ont été prescrites il y a moins de 3 ans, « Le point de vue des principaux financeurs des dépenses d'optique que sont les organismes complémentaires n'a pas été entendu. ». En 2005, ceux-ci ont en effet remboursé en moyenne 48 % des dépenses d'optique médicale. L'UNOCAM a réclamé la consultation de la Haute autorité de santé sur cette mesure qui entraîne des évolutions majeures des rôles respectifs des ophtalmologistes et des opticiens.

Toutefois, elle a rappelé qu'elle entend ne pas se contenter d'un rôle symbolique, tant la contribution des complémentaires est « déterminante dans l'accès aux soins ». C'est dans cet esprit que, rendant leur avis sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), les grandes familles d'assureurs complémentaires ont exprimé leur « vigilance » quant à l'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2007.

- ***Le nouveau cadre fiscal des organismes complémentaires***

La loi de finances rectificative pour 2006, dans son article 88, définit le nouveau cadre fiscal des organismes d'assurance. Cette harmonisation fiscale fait entrer les mutuelles et les institutions de prévoyance, à partir du 1^{er} janvier 2008, dans le régime de droit commun, en les soumettant à l'impôt sur les sociétés et à la taxe professionnelle. Cet assujettissement se fera progressivement jusqu'en 2014, première année de pleine imposition.

Dans ce cadre, les contrats de complémentaire santé seront exonérés sous 2 conditions :

- l'organisme doit être inscrit au registre des organismes gestionnaires de la CMU complémentaire,
- les personnes couvertes par un contrat solidaire et responsable doivent représenter : pour les contrats collectifs obligatoires au moins 120 000 bénéficiaires ou au moins entre 90 et 95 % des bénéficiaires de contrats ; pour les contrats individuels et collectifs facultatifs : au moins 150 000 souscripteurs et membres participants ou au moins entre 80 % et 90 % des souscripteurs et des membres participants.

S'ajoute l'obligation de répondre à l'un des 4 critères suivants : des dispositifs de modulation tarifaire ou de prise en charge des primes ou cotisations liées à la situation sociale des participants sont mis en œuvre ; 15 à 20 % au moins des souscripteurs ou membres participants à des contrats santé ont plus de 65 ans ; 28 à 35 % au moins des bénéficiaires de contrats santé ont moins de 25 ans ; 3 à 6 % au moins des participants à des contrats d'assurance complémentaire santé individuels ou collectifs facultatifs bénéficiant de l'ACS.

Mutuelles et institution de prévoyance doivent se pencher dès à présent sur les conséquences de la réforme, les nouvelles dispositions les obligeant en effet à instaurer une gestion intégrant les questions fiscales de leur activité et un aménagement de leur système d'information d'après Jean-Louis Faure, délégué général du CTIP. Outre les systèmes d'information, c'est également la stratégie commerciale de ces organismes qui va être impactée, le but étant que l'offre santé soit adaptée pour entrer dans le champ d'exonération de l'impôt sur les sociétés.

- ***Le parcours de santé mutualiste***

Le projet adopté lors du congrès de la mutualité de Lyon (juin 2006) a vu ses quatre axes stratégiques se décider fin septembre 2006 avec comme priorité d'action les cancers, les addictions, les maladies cardio-vasculaires et la dépendance. Concrètement, le projet de parcours vise à délivrer une information précise, pointue et personnalisée en direction d'adhérents concernés par ces pathologies en particulier pour ce qui concerne leur orientation dans le système de soins. Pour faire fonctionner cette stratégie d'information, la FNMF entend bâtir un centre national d'appel concentrant toutes les expertises utiles et permettant d'orienter les malades vers les établissements et équipes médicales reconnus. Ainsi, un adhérent désireux de recevoir une information contactera son groupement et son appel sera automatiquement basculé sur le centre d'appel national. Une fois le cahier des charges établi, une première série d'expérimentations régionales sera lancée en septembre 2007. La mutualité entend placer également ses réalisations sanitaires et sociales au centre de son projet de parcours selon des critères de qualité. Elle souhaiterait mieux mailler son implantation territoriale, définir un catalogue de prestations communes, créer un label commun pour une

meilleure reconnaissance externe et qui soit incitatif à l'amélioration de la qualité des services rendus par ces structures.

- ***Quel développement des contrats collectifs ?***

L'IRDES dans le n° 115 de novembre 2006 de « Questions d'économie de la santé » dresse un panorama intéressant des contrats santé d'entreprise. C'est ainsi que l'on apprend que la complémentaire santé d'entreprise concerne presque trois-quarts (72 %) des salariés. Parmi les salariés travaillant dans un établissement qui propose un contrat collectif complémentaire : 44 % sont couverts par un contrat obligatoire pour tous (pour 2/3 d'entre eux, il n'y a pas de choix des garanties - contrat unique), 32 % ont accès à un contrat facultatif proposé à tous les salariés, 24 % se voient proposer des contrats qui excluent certaines catégories de salariés ou dont le caractère obligatoire ou facultatif diffère selon les catégories (il s'agit essentiellement des contrats obligatoires).

Les contrats collectifs obligatoires fournissent généralement de plus hauts niveaux de garanties (optique, dentaire), ce qui s'explique par plusieurs raisons :

- non soumis à l'antisélection (l'antisélection reflète le comportement d'individus jeunes et en bonne santé qui préfèrent ne pas s'assurer, le financement du risque étant alors reporté sur les individus en mauvaise santé), les assureurs peuvent donc proposer des niveaux de garantie relativement élevés sans risquer de voir certains salariés refuser de souscrire le contrat. En outre, le coût du contrat étant réparti sur l'ensemble des salariés et pas seulement sur les plus coûteux, à cotisation donnée l'assureur peut proposer des garanties plus élevées,
- les coûts de gestion des contrats obligatoires sont mécaniquement plus faibles que ceux des contrats facultatifs du fait qu'ils se présentent plus fréquemment sous la forme de contrats uniques plus simples à gérer que les contrats à option,
- les exonérations fiscales et sociales.

Les contrats obligatoires sont plus souvent proposés par les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, alors que les contrats facultatifs sont plus souscrits auprès des mutuelles.

Dans une interview accordée à l'Argus de l'assurance du 2 juin 2006, Jean-Pierre DAVANT a expliqué qu'il ne croyait pas à terme au développement des contrats collectifs, prenant l'exemple des Etats-Unis, où nombre d'entreprises se désengagent de plus en plus de la protection mise en place en leur sein. Ces entreprises considèrent en effet que les salariés ne mesurent pas suffisamment l'effort de l'employeur pour financer ces contrats. Elles préfèrent donc accroître le salaire direct.

Cette position est cependant quelque peu contradictoire avec les résultats d'une étude réalisée par le CTIP (en association avec le Crédoc) qui relève l'attachement des français pour les complémentaires santé d'entreprise (coût faible, prise en charge d'une partie des cotisations de l'employeur, égalité entre salariés et sans surcoût lié à l'âge et l'état de santé). 58 % des français (49 % en 2004) souhaitent ainsi que les contrats collectifs soient favorisés.

Josette GUENIAU, directrice de Swiss-Life prévoyance et santé avance un point de vue médian sur cette question de l'avenir des contrats collectifs dans l'argus de l'assurance du 7 juillet 2006. Selon elle, la progression de l'assurance santé collective ne sera plus celle qu'on a pu observer ces dernières années car comme chez les particuliers, les moyens financiers consacrés par les entreprises aux dépenses de santé ne sont pas illimités et les chefs d'entreprise vont devoir choisir entre la couverture des frais de santé et les besoins de retraite. La forte inflation des tarifs des deux dernières années a amené les entreprises à réclamer aux courtiers et aux assureurs une révision des garanties. Certaines entreprises moyennes ont même choisi d'abandonner les contrats collectifs et de verser une aide aux salariés pour qu'ils

adhèrent à des contrats individuels hors de l'entreprise. Ce n'est certes pas la fin des contrats de groupe mais il va forcément y avoir un tassement de la croissance du marché.

- **Un environnement concurrentiel accru pour les organismes complémentaires ?**

Où en est-on des stratégies de regroupement des mutuelles ?

Selon Jean-Pierre DAVANT qui s'est exprimé dans l'Argus de l'assurance du 2 juin 2006, la concentration est un phénomène inéluctable pour mieux gérer la santé des adhérents et à moindre coût. Ces opérations sont selon lui positives car elles s'accompagnent d'une plus grande professionnalisation. Elles permettent en outre d'envisager la mise en place de stratégies ambitieuses, de favoriser le développement des mutuelles vers des métiers nouveaux comme la prévention ou l'accompagnement des malades conformément au parcours de santé. Il faut cependant veiller à ce que le mouvement mutualiste ne perde pas sa spécificité dans ces opérations.

Espace social européen souligne quant à lui que si peu de fusions véritables sont à mentionner (sauf la substitution induite par la solvabilité), on assiste depuis 5 ans à l'émergence d'unions de groupements mutualistes (entre 10 et 15 groupes qui consacrent une mise en commun des systèmes informatiques et de certains métiers et de produits : Alliance mutualiste, Ressources mutuelles etc.), préservant toutefois chaque mutuelle sur son champ statutaire propre.

Les évolutions décrites correspondent en effet aux observations qui peuvent être effectuées par le Fonds. Dans certains cas, ces groupements doivent certainement constituer une étape vers une fusion des entités concernées.

Quelle stratégie des organismes complémentaires face à un environnement concurrentiel accru ?

Les organismes complémentaires imaginent de nouvelles solutions pour attirer de nouveaux souscripteurs en complémentaire santé individuelle et pour fidéliser ceux qu'ils ont déjà en portefeuille. La concurrence est en effet d'autant plus importante que le marché est quasiment saturé (près de 92 % des personnes couvertes). La seule stratégie de développement consiste donc à gagner des clients sur la concurrence tout en s'efforçant de fidéliser les siens.

On citera les partenariats spectaculaires – et très contestés – de MAAF et Unilever, d'une part, et d'AGF avec Danone d'autre part, pour promouvoir des produits anti-cholestérols (respectivement margarine et yaourt). Les AGF ont argumenté que leur action s'inscrivait dans une politique à long terme de conquête de parts de marché et de nouveaux marchés, mais il s'agissait également d'être clairement identifié comme l'assureur qui éduque et fait prendre conscience aux gens de l'intérêt de prévenir les maladies. Sur ce sujet, le ministre de la Santé, Xavier Bertrand a clairement mis en garde la profession en précisant qu'il ne faut pas de confusion des genres : « un alicament n'est pas un médicament (...). Je préfère que cette mutuelle se tourne vers la prévention, vers de vrais actes de prévention déterminés par la Haute autorité de santé. ».

L'association de consommateurs UFC-Que choisir avait reproché aux 2 assureurs « l'instrumentalisation scandaleuse de la santé à des fins purement marketing ... ».

Face aux contestations et, d'après certains acteurs, le manque de succès de la formule, les 2 assureurs viennent d'arrêter ces remboursements. Aux AGF d'autres initiatives seraient à l'étude, l'assureur affirmant vouloir « continuer à aller dans le hors soins ».

En attendant, de nombreux assureurs complémentaires prévoient désormais dans leurs contrats de rembourser les médecines douces (ostéopathie, acupuncture, etc.). MMA propose de payer un forfait de frais d'automédication courante (rhume, etc.) et de financer le remplacement des lunettes sans passer par une prescription médicale. La fidélité peut parfois être récompensée par une amélioration des remboursements au fil du temps, en optique ou en dentaire à partir de la 3^{ème} année chez AXA ou AGF par exemple.

Certains, plutôt que d'ajouter des garanties, jouent sur un autre registre, le but étant de baisser le coût des contrats individuels d'entrée de gamme. En effet, les hausses de primes ou cotisations ont renchéri fortement le coût de la couverture santé ces dernières années ; même si la progression des dépenses maladie est aujourd'hui plus modérée, nombre d'assureurs santé tirent la sonnette d'alarme sur les dépassemens d'honoraires et en particulier chirurgicaux ; le rapport qualité/prix dans ce contexte devient un véritable enjeu, les assureurs santé ayant tous dans leur clientèle des personnes qui ne peuvent plus accéder aux garanties d'après Josette GUENIAU, directrice générale de Swiss-Life prévoyance et santé.

Ainsi, Swiss-Life plutôt que d'ajouter des garanties propose un remboursement élevé en hospitalisation et en consultations médicales mais faible en optique et en dentaire ce qui permettrait de réduire de 40 % le prix de la cotisation, l'idée sous-jacente étant qu'il est plus économique de payer une bonne partie de ses frais de lunettes plutôt que de payer une assurance santé chère tous les ans. Swiss-Life espère ainsi séduire des assurés de 25 à 40 ans peu consommateurs de soins médicaux, capables d'assumer eux-mêmes des petites dépenses et qui ne veulent pas payer des garanties qui leur semblent superflues.

Les MMA quant à elles vont encore plus loin en proposant leur formule « double effet » où si le prix de la garantie s'avère 15 % plus élevé, le souscripteur peut récupérer jusqu'à la moitié de sa cotisation dans le cas où il n'a occasionné aucune dépense de remboursement. De nombreux observateurs soulignent cependant qu'une telle innovation bouscule le principe de mutualisation des portefeuilles de risques sur lequel repose le mécanisme de l'assurance santé.

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 CMU. Ils envoient en parallèle une copie de ce document au Fonds et ce sont les éléments collectés dans ces bordereaux qui alimentent la présente partie.

Chiffre d'affaires santé des OC	Mutuelles	IP	Assurances	En milliers d'euros	
				Total	
2001 CA Santé	10 596 238	3 279 443	3 692 075	17 567 756	100,00%
Structure	60,32%	18,67%	21,02%		
2002 CA Santé	11 263 619	3 573 358	3 990 660	18 827 637	100,00%
Structure	59,82%	18,98%	21,20%		
<i>Evol 2002/2001</i>	<i>6,30%</i>	<i>8,96%</i>	<i>8,09%</i>		<i>7,17%</i>
2003 CA Santé	12 128 659	3 809 369	4 538 497	20 476 525	100,00%
Structure	59,23%	18,60%	22,16%		
<i>Evol 2003/2002</i>	<i>7,68%</i>	<i>6,60%</i>	<i>13,73%</i>		<i>8,76%</i>
2004 CA Santé	13 366 910	4 040 936	5 238 847	22 646 693	100,00%
Structure	59,02%	17,84%	23,13%		
<i>Evol 2004/2003</i>	<i>10,21%</i>	<i>6,08%</i>	<i>15,43%</i>		<i>10,60%</i>
2005 CA Santé	14 452 273	4 224 606	5 788 273	24 465 152	100,00%
Structure	59,07%	17,27%	23,66%		
<i>Evol 2005/2004</i>	<i>8,12%</i>	<i>4,55%</i>	<i>10,49%</i>		<i>8,03%</i>
2006 CA Santé	15 322 012	4 375 686	6 343 276	26 040 974	100,00%
Structure	58,84%	16,80%	24,36%		
<i>Evol 2006/2005</i>	<i>6,02%</i>	<i>3,58%</i>	<i>9,59%</i>		<i>6,44%</i>
<i>Evol 2006/2001</i>	<i>44,60%</i>	<i>33,43%</i>	<i>71,81%</i>		<i>48,23%</i>
Nombre d'OC en 2006	848	45	98	991	
Structure du nombre d'OC	85,57%	4,54%	9,89%		
				100,00%	

Source : déclarations au Fonds des OC.

En 2006, le nombre d'organismes s'établit à 991. Il est en constante diminution depuis 2000 (40 % de moins entre 2000 et 2006). Cette diminution est due essentiellement à des regroupements ou des disparitions de mutuelles, consécutifs à la mise en oeuvre du nouveau code la mutualité.

Les mutuelles sont au nombre de 848, les sociétés d'assurance de 98, le nombre d'institutions de prévoyance s'élève quant à lui à 45.

L'ensemble du marché de la complémentaire santé connaît toujours une progression soutenue avec une évolution de 6,45 % en 2006 par rapport à 2005. Cependant, il marque une inflexion depuis 2005 par rapport à l'accélération constante constatée depuis 2001 et qui avait abouti en 2004, à un taux d'évolution de plus de 10 % par rapport à l'année 2003. Depuis 2001, ce marché a progressé de 48,32 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 8,2 % sur la période.

L'évolution de 6,44 % est assez proche des 5 à 6 % d'augmentation moyenne citée dans la presse sur la même période (cf. *Les Echos* du 4 octobre 2006 – « Santé : Les assureurs se préparent à justifier les hausses de cotisations »). Pour 2007, la tendance à la décélération devrait se poursuivre, puisqu'on parle au CTIP d'augmentations situées dans une fourchette de 2 à 4 %. Cette prévision est conforme aux données affichées dans *l'Argus de l'assurance*

du 10 novembre 2006 et qui fait état dans son article « Santé : sachez augmenter avec modération », d'organismes complémentaires relevant leurs tarifs « avec sobriété ».

Les institutions de prévoyance représentent près de 17 % de ce marché alors qu'elles représentent un peu plus de 4 % du nombre des organismes. Il s'agit dans l'ensemble de grandes institutions de complémentaire santé (37 des 45 institutions de prévoyance ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 10 millions d'euros dont 12 ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 100 millions d'euros ; elles étaient 10 en 2005). 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 près de 25 % du marché. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organisme. 56 sociétés d'assurance ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 10 millions d'euros (dont 20 à plus de 100 millions d'euros contre 17 en 2004 et 12 en 2003). Les autres ont en moyenne un chiffre d'affaires santé de 2 millions d'euros. Il s'agit principalement de petites structures, dans une moindre mesure de sociétés de taille moyenne 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 intervenant en complémentaire santé dépasse donc en réalité celui affiché par le Fonds.

Sur 2006, 229 mutuelles (221 en 2005, 215 en 2004, 205 en 2003) ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 10 millions d'euros (dont 28 à plus de 100 millions d'euros sur 2005 et 2006 contre 24 en 2004 et 19 en 2003). Les autres ont en moyenne un chiffre d'affaires santé d'un peu plus 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 33 % du marché, la mutualité fonction publique (MFP) et les autres mutuelles FNMF représentent respectivement 25 et 30 % de ce même marché. Les mutuelles de France (FMF), autre regroupement identifié au sein du monde FNMF, ne représentent que 5 % du chiffre d'affaires des mutuelles.

Les mutuelles de la FNMI (12 % contre 9 % en 2005 des organismes cotisants et 33 % de l'assiette totale contre 31 % en 2005) et celles de la MFP (respectivement 4 % et 25 %) 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 (21 % des organismes pour 5 % de l'assiette).

L'observation au cours des quatre 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 et des institutions de prévoyance diminue faiblement mais régulièrement depuis 2001 (-1,5 points pour les mutuelles, -1,9 points pour les institutions de prévoyance entre 2001 et 2006) et ce, au profit des sociétés d'assurance (+3,3) dont la part s'accroît constamment sur cette période.

On relèvera en effet qu'alors que les sociétés d'assurance ont connu un accroissement de leur chiffre d'affaires de 72 %, dans le même temps, les mutuelles et les institutions de prévoyance n'ont connu quant à elles qu'une augmentation de 45 % et de 33 %.

Le marché de la complémentaire santé connaît depuis plusieurs années une phase de concentration telle qu'un seul constat permet de la caractériser : entre 2002 et 2006, la croissance du marché des 10 groupes consolidés les plus importants a été de 59,2 %, contre 38,3 % pour l'ensemble du marché. Dans le même temps, près de 700 organismes ont disparus alors qu'ils représentaient 20 % du marché en 2002.

NATURE	RAISON SOCIALE	CA 2006	CA 2005	CA 2002	EVOL. 2006 / 2005	EVOL. 2006 / 2002	PART / TOTAL en 2006	PART / GROUPE en 2006
Mutuelle	MGEN	1 076 192 399	1 043 244 503	816 422 402	3,2%	31,8%	4,1%	13,2%
Assurance	AXA	1 000 044 563	891 232 060	591 517 746	12,2%	69,1%	3,8%	12,2%
Assurance	GROUPAMA	969 298 244	917 071 157	530 577 757	5,7%	82,7%	3,7%	11,9%
IP + mut	AG2R	879 227 726	849 876 105	606 918 792	3,5%	44,9%	3,4%	10,8%
IP	BTP prévoyance	839 698 795	813 101 256	572 968 090	3,3%	46,6%	3,2%	10,3%
Assurance	Swiss-Life	823 483 409	760 930 378	453 538 719	8,2%	81,6%	3,2%	10,1%
IP + mut	Médéric	737 421 782	664 094 599	334 953 062	11,0%	120,2%	2,8%	9,0%
Assurance	AGF	678 128 417	650 365 482	482 403 961	4,3%	40,6%	2,6%	8,3%
Mutuelle	MG	626 489 219	619 805 741	455 163 016	1,1%	37,6%	2,4%	7,7%
Mutuelle	Harmonie	539 995 581	520 061 414	286 453 862	3,8%	88,5%	2,1%	6,6%
TOTAL GROUPE		8 169 980 135	7 729 782 695	5 130 917 407	5,7%	59,2%	31,4%	100,0%
TOTAL OC		26 040 976 553	24 465 153 255	18 827 637 712	6,4%	38,3%	100,0%	

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires.

Les 10 principaux groupes consolidés représentent désormais 31,4 % du marché de la complémentaire santé. 2006 enregistre toutefois une progression plus lente de ces groupes. Il s'agit peut-être là d'un premier signe de la fin de la période de concentration.

Le nombre de bénéficiaires de la CMU déclaré par les complémentaires

Sur 251 organismes ayant déclaré des bénéficiaires au cours de l'année, la répartition des bénéficiaires par nature d'organismes s'établit de la manière suivante.

2006	Nombre d'organismes	Structure en %	Moyenne trimestrielle	Structure en %
Mutuelles	216	86,1	479 824	79,5
Institutions de prévoyance	9	3,6	11 308	1,9
Sociétés d'assurance	26	10,4	112 264	18,6
Total	251	100	603 396	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 2007 (courant mai 2007). Ces régularisations occasionneront une légère augmentation de ce nombre. Sur 2005, en valeur absolue (les régularisations peuvent être négatives), elles ont représenté (hors DOM) au final 2,9 % du nombre total de déductions déclarées initialement.

La répartition entre familles d'organismes est d'un grande stabilité depuis la mise en place de la CMU.

Les 10 organismes déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires gèrent les contrats de 44,4 % des bénéficiaires. Au total, les 50 premiers organismes représentent près de 83 % des bénéficiaires. Cette concentration va croissante dans le temps du fait des mouvements enregistrés parmi les mutuelles (sorties du dispositif CMU et disparitions d'organismes). En annexe 4 figurent les 70 organismes gérant le plus grand nombre de bénéficiaires de la CMU.

Bénéficiaires CMU déclarés par les OC déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires				
	<i>en %</i>			
	2003	2004	2005	2006
5 OC déclarent	22,0	23,5	27,8	30,0
10 OC	31,6	35,5	38,6	44,4
20 OC	44,4	50,3	56,7	60,6
50 OC	66,0	72,8	79,7	82,8
30 % des OC	91,8	91,4	92,5	92,4
Total nombre bénéficiaires CMU	637 999	611 444	591 355	603 395
Nombre d'OC déclarant bénéficiaires	488	375	298	251

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires.

Cette concentration se retrouve également au sein de chaque famille d'organismes :

- 1 institution de prévoyance gère les contrats de 85 % des bénéficiaires présents dans ces institutions ;
- 5 sociétés d'assurance regroupent 66 % (63 % en 2005) des bénéficiaires rattachés aux sociétés d'assurance ;
- 10 mutuelles, 52 % des bénéficiaires ayant adhéré à une mutuelle (47 % en 2005, 38 % en 2004, 33 % en 2003).

L'engagement des organismes dans la gestion de contrats CMU

L'engagement des organismes complémentaires santé dans la gestion des contrats de CMU est mesuré, depuis la création de la prestation, par le rapport du nombre d'organismes volontaires inscrits sur les arrêtés préfectoraux régionaux (regroupés au Fonds CMU pour compilation nationale) avec le nombre d'organismes cotisant au Fonds CMU.

La mesure en nombre d'organisme montre que 25 % des OC gèrent des contrats de CMU en 2006, taux en baisse constante.

Mais cette mesure ne tient pas compte du poids relatif du chiffre d'affaires des OC participant à la gestion de la CMU. En effet, la participation ou le retrait d'un organisme comportant plusieurs centaines de milliers d'assurés n'aura pas le même impact que la participation ou le retrait d'un organisme de petite taille, généralement limité à la couverture du personnel d'une seule entreprise, et comptant quelques centaines d'assurés.

C'est pourquoi le Fonds CMU calcule désormais la participation des organismes complémentaires en fonction de leur chiffre d'affaires santé.

Depuis 2004, la part du chiffre d'affaires des organismes inscrits dans la gestion de la CMU a toujours été supérieure à 50 % du total du chiffre d'affaires des organismes : leur implication est restée constamment majoritaire depuis cette date. En 2006, le taux de participation est de 52,68 %, en progression par rapport à l'année précédente.

On le constate aisément, le critère du chiffre d'affaires a l'avantage décisif de refléter la réalité et la diversité de choix proposées aux bénéficiaires de la CMU, puisqu'il tient compte non seulement du nombre mais aussi de la taille des organismes.

Implication des OC selon le chiffre d'affaires	2004	2005	2006
Organismes inscrits	55,82 %	52,40 %	52,68 %
Organismes non inscrits	44,18 %	47,60 %	47,32 %
Nombre total d'organismes	1 177	1 073	991
Nombre d'organismes inscrits	343	279	254

Source : déclarations au Fonds des organismes complémentaires.

Les complémentaires et l'ACS

- *Les difficultés d'application du dispositif sur le terrain*

Comme pour la mise en œuvre de tout dispositif de cette ampleur, il est normal de rencontrer encore quelques difficultés après deux années de mise en œuvre. L'ACS concerne un nombre d'organismes complémentaires beaucoup plus important que la CMU complémentaire et ce nombre devrait continuer d'augmenter : 618 organismes ont déclaré des bénéficiaires en 2006, chiffre à mettre en regard des 251 qui ont déclaré des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Le Fonds en 2006 a continué son information envers les OC à travers des courriers ou par sa lettre d'information « Références CMU ». Il a également actualisé sa foire aux questions (FAQ) téléchargeable sur son site internet.

A ce jour, les principales difficultés encore rencontrées sont les suivantes :

- sur le champ des modalités déclaratives, certains organismes n'ayant jamais géré la CMU complémentaire, le principe de déduction par quart sur la déclaration et non au prorata temporis leur est parfois difficile à appréhender ;
- les organismes qui fonctionnent avec des antennes locales qui ouvrent le droit ont parfois du mal à faire remonter l'information dans les temps pour établir leurs déclarations, ce qui a pu générer des demandes de déclarations rétroactives ;
- un problème spécifique est posé par les courtiers d'assurance qui doivent faire appliquer le dispositif aux bénéficiaires de contrats qu'ils distribuent alors que, pour la plupart, ils ignorent le fonctionnement du dispositif.

L'ACS a obligé le Fonds à étendre considérablement le champ de ses interlocuteurs et principalement en direction de petites structures dont l'accompagnement dans la mise en œuvre du dispositif l'oblige à un investissement important en terme de temps.

- *Enquête prix / contenu sur les contrats ACS*

Selon l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt ».

Le premier rapport qui portait sur les données arrêtées au 31 décembre 2005 a été rendu public début juin 2006. Cette première enquête a été exploratoire et partielle. Il s'agissait en effet de tenir compte du contexte de montée en charge du dispositif et des adaptations des systèmes d'information des organismes enquêtés, de tester les hypothèses de travail, préalablement à l'extension à un nombre sensiblement plus important d'organismes.

C'est dans ce contexte que le Fonds CMU a été conduit à exploiter les données de 13 organismes complémentaires concernant 25 126 contrats. Ces données concernaient 44 991 bénéficiaires, qui représentaient plus de 25 % des bénéficiaires de l'ACS.

A partir d'une classification par niveau croissant de garantie, établie par l'IRDES, les contrats ACS ont été comparés aux autres contrats individuels les plus souscrits en 2005.

Alors que l'on pouvait s'attendre à une forte concentration des contrats ACS sur les niveaux de garantie les plus faibles, compte tenu du niveau des ressources des personnes concernées, ces contrats, bien qu'inférieurs en terme de niveau de garantie par rapport aux autres contrats individuels, se répartissent également au-delà de ces niveaux.

Le prix moyen du contrat s'établit à 632 € par contrat. Le montant moyen de déduction s'élève à 243 €. Le montant moyen de prime ou cotisation après ACS s'élève donc à 389 €, soit un taux de reste à charge par contrat de 60 %.

En moyenne, un contrat couvre 1,8 personnes. Les contrats couvrant une personne seule représentent 38 % des bénéficiaires et 69 % des contrats, ceux couvrant deux personnes 11 % des bénéficiaires et 10 % des contrats.

Le taux moyen d'effort pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire est évalué par foyer à 4,5 % de ses revenus annuels. Cela signifie que pour les personnes concernées, un demi mois de revenu est nécessaire pour financer leur complémentaire santé. A titre de comparaison, le taux d'effort des ménages lié à l'occupation de leur résidence principale (toutes tranches d'âges confondues) est évalué en 2002 à 10,3 % (source INSEE).

Concernant l'impact relatif des différents facteurs sur le prix de vente, le nombre de bénéficiaires du contrat ressort fortement (il explique 47,6 % de la variance), devant l'âge (18,8 % de la variance) et le niveau de garantie (5,3 % de la variance). Etant donnée l'importance de cette dernière variable dans la tarification apparente des contrats, son poids assez faible peut surprendre.

Le prix des contrats et le montant de prime ou cotisation après ACS augmentent avec le nombre de personnes couvertes, mais le taux d'augmentation a tendance à être d'autant plus faible que le nombre de personnes augmente (le coût par individu supplémentaire croît de façon moins que proportionnelle). Comme, par ailleurs, pour un même âge, le montant de la déduction croît uniformément avec le nombre de bénéficiaires, le montant de prime ou cotisation après ACS tend à ne plus augmenter au delà de quatre personnes. Quant au taux de reste à charge et au taux d'effort, ils ont tendance à diminuer avec le nombre de personnes couvertes.

S'agissant de l'impact de l'âge du souscripteur du contrat sur le prix de vente, il est particulièrement fort lors du passage de la tranche « 50-59 ans » à la tranche « 60 ans et + » (+ 40 %). Le montant de prime ou cotisation après ACS augmente lui aussi avec l'âge, mais un peu plus modérément, la hausse lors du passage de l'avant-dernière tranche à la dernière étant moins marquée (+ 28 %).

Entre la classe d'âge des « 16-24 ans » et celle des « 60 ans et plus », le prix moyen « toutes choses égales par ailleurs » augmente de 152 % et le montant moyen de prime ou cotisation après ACS de 135 %.

Les résultats obtenus par le Fonds CMU concernant le prix moyen des contrats peuvent être comparés avec 2 sources distinctes.

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de juillet 2006 évalue la charge par personne assurée à 450 € soit un montant de 810 € si l'on rapporte la donnée à 1,8 personnes (+ 27 % par rapport aux données du Fonds CMU), supérieur aux 632 € du Fonds CMU.

L'IRDES, à partir de l'EPAS (échantillon permanent des assurés sociaux), sur les caractéristiques des contrats individuels en 2004, aboutissait à un prix moyen de 800 € pour, en moyenne, 1,6 personnes couvertes, soit 900 € si l'on rapporte la donnée à 1,8 personnes (+ 42 % par rapport aux données du Fonds CMU). Les résultats de cette étude sont approchés et non encore officialisés. Ils sont plus partiels que ceux de l'enquête du Fonds CMU puisque ne concerneraient que 3 000 contrats.

Dans l'enquête du Fonds CMU, les contrats qui ont ouvert droit à l'ACS apparaissent plutôt inférieurs en gamme par rapport à la moyenne des autres contrats individuels. Toutefois, les écarts de prix apparaissent élevés par rapport à la mesure de l'impact du niveau de garantie sur le prix des contrats qui a été mesuré. Un écart de prix de 10 % « toutes choses égales par ailleurs » semblerait mieux correspondre aux résultats obtenus. Dans le cas du chiffrage effectué par le HCAAM, on relèvera cependant qu'il concernait à la fois les contrats individuels mais également les contrats collectifs qui en moyenne, apparaissent supérieurs au niveau des garanties offertes.

Pour le second rapport que le Fonds CMU doit remettre au Gouvernement d'ici juin 2007, il s'agira d'étendre la remontée d'informations à un nombre plus important d'organismes (une cinquantaine), le but étant de couvrir au moins 50 % des bénéficiaires de l'ACS. Outre une meilleure représentativité, cette enquête permettra de mesurer l'impact de l'augmentation de l'ACS intervenue au début 2006 sur, notamment, le reste à charge pour les bénéficiaires. Cette extension conséquente de l'étude a nécessité un travail d'anticipation qui a consisté en une phase test organisée en octobre, le but étant qu'un maximum d'OC soient opérationnels lors de la remontée finale programmée début février 2007. Outre les contacts et les échanges noués avec les OC, le Fonds a exploité les résultats obtenus à cette occasion : sur la base de données concernant 50 % des bénéficiaires au 31 mai 2006, le prix moyen du contrat ressort à 679 euros (+ 7,4 % par rapport au prix moyen issu de la première enquête). Le nombre de bénéficiaires couverts par contrat reste le même à 1,8 personnes. Au 31 décembre 2006, la part restant à charge devrait être proche de 50 %, conformément au chiffrage effectué par le Fonds CMU dans la 1ère enquête.

LES AUTRES ACTIVITES DU FONDS

➤ INFORMATION : SITE INTERNET ET REFERENCES CMU

Le site Internet du Fonds CMU

Premier média d'information du Fonds CMU en direction de ses divers publics, bénéficiaires ou professionnels, le site internet du Fonds CMU a enregistré une forte activité en 2006 avec plus de 286 000 visites, pour 2,2 millions de pages vues.

Chaque jour en moyenne, 785 personnes se sont connectées au site pour lire 6 020 pages (7,7 pages vues par visite). Egalement, la centaine de documents mis en ligne et proposés au téléchargement ont été régulièrement ouverts, pour un flux de 84 milliards d'octets téléchargés à l'année. Les principaux thèmes lus par nos visiteurs concernent la liste des organismes complémentaires, les plafonds en matière de CMU complémentaire et d'aide complémentaire santé et, d'une façon générale, les rapports d'études disponibles, le rapport le plus téléchargé de l'année étant l'étude sur les refus de soins publiée en juin 2006.

Ces statistiques montrent une croissance rapide et continue par rapport aux niveaux enregistrés en 2004, date de la refonte du site, les volumes de consultation ayant été multipliés par 10 en deux ans. L'équipe du Fond CMU s'attachera à maintenir et faire évoluer le contenu du site avec deux objectifs : être au plus près de l'actualité législative et réglementaire en matière de CMU et d'aide complémentaire santé et répondre le plus précisément possible aux besoins spécifiques d'information de nos différents publics.

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

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

Contact Liens Imprimer Plan du site

Le troisième rapport d'évaluation de la loi CMU, réalisé par le Fonds CMU, a été

La CMU et vous

Vous êtes concernés par la CMU et vous recherchez une information pratique et directement accessible. Pour tout savoir sur vos droits et vous permettre d'en bénéficier, cliquez ici.

■ CMU de base
■ CMU complémentaire
■ Aide complémentaire santé
■ L'AME

La documentation CMU

Pour approfondir votre connaissance de la CMU, disposer de toutes les informations, études et chiffres clés, entrez dans la base documentaire du Fonds CMU en cliquant ici.

■ Juridique
■ Etudes et rapports
■ Statistiques
■ Références CMU
■ Pour les OC
■ Actualités

Le Fonds CMU

Pour découvrir ou mieux connaître l'établissement public : "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie", cliquez ici.

Accès réservés

La lettre d'information du Fonds

Quatre numéros (de 21 à 24) de la lettre trimestrielle d'information du Fonds, « Références CMU », ont été diffusés à plus de 4 000 exemplaires chacun au cours de l'année 2006 (janvier, avril, juillet et octobre). La diffusion est principalement réalisée dans les organismes complémentaires, les caisses de sécurité sociale, parmi les élus et au sein des administrations.

➤ LES ETUDES FINANCEES PAR LE FONDS

Plusieurs études ont été rendues publiques par le Fonds CMU en 2006. Elles sont disponibles sur son site Internet.

- *Le non recours à la CMU-C*

Un non recours massif parmi les bénéficiaires du RMI

Si l'ensemble des bénéficiaires du RMI (2,6 millions d'allocataires et de membres de leur foyer fin 2005) avait également la CMU-C, ils constituerait un peu plus de la moitié des effectifs de cette prestation. Il a donc semblé intéressant d'étudier cette population particulière dans son rapport à la CMU-C.

Les bénéficiaires du RMI ont de droit la CMU-C. Pour bénéficier de ce droit, ils doivent cependant indiquer s'ils désirent que la prestation soit gérée par la caisse d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire. Sans cette démarche, le droit à la CMU n'est pas ouvert.

Cette étude réalisée par ODENORE a été réalisée à partir des fichiers d'une CPAM.

Premier moment de l'étude : sur les 9 200 personnes identifiées dans les bases de la CPAM comme bénéficiaires du RMI (code 806), une extraction a été réalisée concernant les personnes qui apparaissaient comme non bénéficiaires de la CMU-C (2 569 personnes). Un premier calcul pourrait donc faire apparaître un taux de non recours de 28 % (qui correspond au chiffre apparent des statistiques nationales).

Le travail a ensuite consisté dans les trois mois suivant l'extraction de vérifier la situation réelle (au-delà du code) de ces 2 569 personnes à partir de données diverses (CAFPRO : outil de liaison avec les CAF ; RNIAM : répertoire de l'assurance maladie ; etc.). On aboutit ainsi à un nombre de 1 099 personnes bénéficiant effectivement du RMI et pas de la CMU-C. Il convient de noter que pour la plupart, les personnes exclues de l'échantillon correspondent à des bénéficiaires connus sous un autre numéro actif, dépendant d'une autre caisse ou sans droit RMI, etc.

Ce travail met en lumière la qualité relative du fichier des CPAM pour l'identification et le dénombrement des personnes et de leur situation (c'est d'ailleurs la raison de la mise en place du RNIAM, en dehors même de la CMU) et l'impossibilité de raisonner à partir de données non « vérifiées » issues de ces fichiers.

L'autre partie du fichier (les personnes apparaissant comme bénéficiaires de la CMU-C) n'ayant pas été vérifiée, on ne peut en déduire un taux de non recours réel. Cependant, on aboutit ainsi à un taux minimum de 12 % (1 099 / 9 200).

Parmi les 1 099 personnes, 156 (14 %) avaient obtenu la CMU-C postérieurement (avec retard par rapport à leur droit RMI) ; 277 (25 %) disposaient d'une autre complémentaire santé ; 666 (61 %) n'avaient aucune complémentaire santé. L'identification du fait de disposer d'une autre complémentaire se fait par l'existence, sur le compte de l'assuré, d'une liaison informatique avec une complémentaire santé. Elle ne prend donc pas en compte les personnes disposant d'une complémentaire sans liaison informatique. En sens inverse, on peut penser que des liaisons peuvent être maintenues même si le contrat de complémentaire n'est plus en cours.

Le deuxième temps de l'étude a consisté à travailler à partir d'un des listings que la CAF adresse chaque mois à la CPAM et qui recense les nouveaux bénéficiaires du RMI. Le travail a d'abord été d'identifier dans le fichier de la CPAM ces personnes et de constituer un groupe de bénéficiaires du RMI non identifiés à la CPAM sous le code 806 (déjà étudié) mais sous le code 101. Ce code est celui des salariés. Le droit à la sécurité sociale au titre de salarié est en effet maintenu 4 années après la perte de ses droits à la sécurité sociale à ce titre (il est donc normal d'apparaître en 101 alors qu'on est bénéficiaire du RMI). Il a semblé pertinent d'étudier ce second groupe différent de celui identifié en 806.

Un échantillon de 521 affiliés à la CPAM a été obtenu. Parmi ce groupe, 326 (63 %) ont la CMU complémentaire ; 100 (19 %) disposent d'une autre complémentaire et 95 (18 %) n'ont aucune protection complémentaire. Ces personnes, plus proches de l'emploi, ont un taux de non recours inférieur au premier échantillon.

Dans un troisième temps, un questionnaire a été adressé à 500 des personnes percevant le RMI mais non bénéficiaires de la CMU-C (400 code 806 et 100 code 101). Ce questionnaire était accompagné d'une demande de CMU complémentaire (formulaire de choix de gestion entre la CPAM et un organisme complémentaire). 81 questionnaires ont été retournés et 71 ont pu être exploités.

Parmi ceux-ci, 7 ont obtenu la CMU-C (demande tardive) et 7 autres disposent d'une autre complémentaire santé.

Sans entrer dans le détail de l'exploitation des questionnaires et des résultats des entretiens téléphoniques (il était proposé aux personnes d'indiquer un numéro de téléphone pour pouvoir être rappelées), on peut citer les titres de cette partie de l'étude qui parlent d'eux-mêmes : « une information partielle et souvent confuse », « des incompréhensions liées à la nécessité d'exercer le choix d'un organisme complémentaire », « des difficultés en lien direct avec l'imprimé de choix ».

Le profil général des non recourants est le suivant : homme jeune ou de plus de 50 ans sans enfant.

Les pistes comportementales pour expliquer le non recours à la CMU-C sont en partie concordantes avec les résultats de la première étude citée : non compréhension du dispositif (par exemple en considérant que la CMU – gratuite – allait coûter trop cher), découragement face à la complexité ou au fait de « toujours demander », mais aussi désintérêt (« ce n'est pas ma priorité ») ou vision à court terme (« je n'ai pas besoin de soins médicaux »).

Un non recours important dans la population générale

La seconde étude (LEGOS) comporte deux volets.

C'est à partir de l'Enquête santé et protection sociale 2004 (IRDES) que le premier volet de l'étude a été réalisé. Partant des ressources déclarées, un échantillon de 439 ménages éligibles à la CMU-C a été constitué. Parmi ceux-ci, seuls 29 % se déclarent couverts par la CMU-C, 57 % par une autre complémentaire santé et 14 % ne déclarent aucune complémentaire.

Ce résultat très étonnant peut s'expliquer par des difficultés d'observation : les ressources seraient mal connues dans l'enquête pour la population étudiée ; d'autre part, la déclaration de détention d'une complémentaire serait confuse, entraînant une sur déclaration des autres complémentaires (au lieu de la CMU-C).

14 % si on prend en compte l'ensemble de l'échantillon ; 32 % si on ne retient que les personnes qui ont déclaré bénéficié de la CMU-C ou n'avoir aucune complémentaire : la réalité du taux de non recours se situe entre ces deux bornes.

Le second volet du travail a été réalisé à partir d'entretiens dans un espace insertion de Paris. Une vingtaine d'entretiens ont été réalisés. Ceci n'a pas permis de mesure quantitative mais les éléments recueillis donnent une vision des différentes causes de non recours.

Ici aussi le profil des non recourants était celui d'un homme jeune, isolé, sans enfant.

Le manque d'information constitue l'élément le plus important pour expliquer le non recours. Les individus ne connaissent pas ou mal le dispositif.

Ensuite, on trouve l'absence de besoins de santé et dans cette population jeune, l'espoir dans un avenir meilleur qui permette de ne pas avoir recours à la CMU.

La peur de la stigmatisation, en particulier vis-à-vis des médecins, constitue la 3^{ème} raison la plus évoquée comme cause de non recours : gêne ou ultime fierté. L'attitude des médecins est citée à plusieurs reprises comme discriminatoire et poussant à ne pas avoir recours à la CMU.

La négligence est bien sûr présente de même qu'un attachement à sa mutuelle pour ceux qui considèrent que le passage au RMI n'est que momentané.

- ***La mesure des refus de soins***

Cette étude, rendue publique en juin 2006, visait à quantifier et à expliquer le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire lors de la prise de rendez-vous téléphonique. Elle a été réalisée par DIES (Développement, Innovation, Evaluation, Santé, organisme d'études filiale de la Fondation de l'Avenir).

Il s'agissait d'explorer la première étape dans le processus de l'accès aux soins, l'accès primaire. Pour les bénéficiaires de la CMU qui éprouvent un besoin et qui ont fait valoir leurs droits, ceux-ci permettent-ils un accès effectif aux soins ?

Quelques études et les retours des professionnels de terrain font état de refus de certains professionnels de santé à recevoir les bénéficiaires de la CMU. Cependant, ces résultats restaient parcellaires et strictement descriptifs et ne livraient aucun élément qui caractériserait

les professionnels qui refusent. Il s'agissait donc de mesurer ces refus, de les analyser et d'essayer d'en comprendre les origines et les causes. Pour cela, DIES s'est doté d'une méthodologie double, par testing et entretiens.

Le fait de refuser d'accorder un rendez-vous étant considéré comme une pratique à la fois illégale et non déontologique, ces pratiques ne sont pas toujours avouées par les praticiens qui les exercent. C'est pourquoi, il était nécessaire de mobiliser une méthodologie non fondée sur des discours mais sur l'observation de pratiques. Le choix s'est porté sur un testing téléphonique, afin d'analyser *in situ* les situations concrètes.

Un échantillon de 6 villes du département du Val-de-Marne a été sélectionné pour leurs caractéristiques contrastées (démographie et taux de CMU) et au sein desquelles plusieurs catégories de professionnels ont été appelées. Il s'agissait d'une prise de rendez-vous fictive. La première partie du scénario était homogène, de manière à pouvoir la traiter statistiquement. Le reste des échanges au téléphone, plus riche, a fait l'objet d'une analyse qualitative. Lors des échanges, il s'agissait notamment de pouvoir imputer le refus au fait que le patient bénéficiait de la CMU. En cas de manque d'éléments pour conclure, un deuxième appel (autre patient n'ayant pas la CMU) permettait une vérification des assertions (manque de place, notamment).

D'autre part, des entretiens avec quelques médecins et dentistes des 6 villes en question, ont complété la méthodologie de manière à comprendre les logiques à l'œuvre, expliquant les attitudes différencierées des professionnels.

Les résultats chiffrés sont les suivants (224 professionnels appelés). Les médecins généralistes en secteur 1 acceptent la CMU ; les refus constituent des exceptions : 99,4 % de rendez-vous accordés. Le taux de refus est plus fort chez les médecins généralistes de secteur 2 (16,7 %). Les médecins spécialistes ont un taux de refus élevé (41,0 %), proche de celui des dentistes (39,1 %). Les refus parmi les dentistes s'avèrent très élevés par rapport à ce à quoi on pouvait s'attendre, puisque le testing n'explorait que le refus pour des soins « standard ». On peut présumer que le taux de refus pour des prothèses aurait été encore plus élevé.

L'analyse qualitative du testing permet de voir qu'au-delà des refus de rendez-vous, d'autres formes de discrimination peuvent être observées : restrictions des soins (accord pour des soins mais pas de prothèses pour certains dentistes), aménagements ou horaires spécifiques, etc. La qualité de l'accueil apparaît très variable.

L'analyse des échanges permet d'observer les stratégies d'évitement quand il y a un refus : présentation de celui-ci comme une obligation (quotas, par exemple) ou pour le bien du patient (« pour que vous n'ayez pas à payer un dépassement »). Elle permet de constater que dans une grande majorité des cas, les refus sont annoncés clairement comme en lien avec la CMU.

Certains échanges même brefs ont également permis d'avancer des hypothèses explicatives au refus. Ils pourraient être notamment liés à des logiques économiques (dépassements d'honoraires), lorsque le praticien accepte le patient à condition qu'il fasse l'avance ou qu'il paye un dépassement ; à une vision de la CMU comme un dispositif charitable, (refus et renvoi vers des structures publiques ; rendez-vous accordé avec gratuité) ; à une vision des bénéficiaires comme ne travaillant pas (proposition d'horaires). Enfin, certaines propositions cliniques ne seraient pas adaptées aux populations précaires (psychanalyse, port de lentilles) aux dires des praticiens.

LISTE DES ANNEXES

- 1) SYNTHESE DES EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES AU 31 DECEMBRE 2006**
- 2) HISTORIQUE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES**
- 3) BENEFICIAIRES PAR DEPARTEMENTS**
- 4) DEPENSES PAR DEPARTEMENT ET PAR NATURE DE SOINS**
- 5) PRESENTATION SIMPLIFIEE DES RESULTATS COMPTABLES DU FONDS**
- 6) SUIVI DE TRESORERIE 2006**
- 7) TEXTES RELATIFS A LA CMU ET A L'ACS PARUS AU COURS DE L'ANNEE 2006**
- 8) PRINCIPALES DECISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**
- 9) TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES REGISSANT LE FONDS AU 31/12/2006**
- 10) COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**
- 11) COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE**
- 12) ORGANIGRAMME DU FONDS**
- 13) LES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT L'ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION LA PLUS IMPORTANTE EN 2006**
- 14) LES 70 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT LE PLUS GRAND NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE LA CMU-C ET DE L'ACS EN 2006**

SYNTHESE DES EFFECTIFS DES BENEFICIAIRES AU 31 DECEMBRE 2006

Effectifs CMU au 31 décembre 2006										
Régimes d'attribution	Régime général		Régime agricole		Régime des travailleurs indépendants		Autres régimes et sections locales mutualistes		Total	
Organismes gestionnaires	CNAMTS	OC	CCMSA	OC	RSI	OC	Régimes de base	OC	Régimes	OC
Métropole	3 379 576	465 120	119 500	19 694	131 415	31 279	56 959	23 145	3 687 450	539 238
DOM	530 409	80 870	12 875	856	9 082	614			552 366	82 340
France entière	3 909 984	545 989	132 375	20 550	140 497	31 893	56 959	23 145	4 239 815	621 577
Total	4 455 973		152 925		172 390		80 104		4 861 392	

Source : tous régimes d'attribution.

HISTORIQUE DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES

Historique	Total CMU tous régimes		Total CMU	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
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

Historique	Total CMU tous régimes		Total CMU	Taux croissance sur mois année N-1	Dont OC
	Métropole	DOM			
avr-04	4 134 192	625 676	4 759 868	0,2%	669 048
mai-04	4 138 304	626 640	4 764 944	0,0%	668 772
juin-04	4 143 550	622 835	4 766 385	0,4%	666 943
juil-04	4 118 360	607 346	4 725 706	1,1%	654 348
août-04	4 102 210	605 046	4 707 256	2,0%	650 482
sept-04	4 103 297	602 625	4 705 922	1,5%	651 736
oct-04	4 135 463	600 651	4 736 114	1,1%	649 797
nov-04	4 113 007	594 856	4 707 863	0,3%	645 464
déc-04	4 157 866	598 196	4 756 062	0,9%	647 195
janv-05	4 157 813	595 588	4 753 401	0,5%	644 196
févr-05	4 158 961	601 896	4 760 857	0,9%	641 138
mars-05	4 155 007	605 920	4 760 927	0,3%	636 572
avr-05	4 152 587	608 912	4 761 499	0,0%	633 741
mai-05	4 173 304	614 754	4 788 058	0,5%	633 228
juin-05	4 204 978	619 992	4 824 970	1,2%	635 978
juil-05	4 190 928	619 266	4 810 194	1,8%	632 368
août-05	4 181 603	618 898	4 800 501	2,0%	632 708
sept-05	4 193 667	618 906	4 812 573	2,3%	630 755
oct-05	4 196 627	621 272	4 817 899	1,7%	630 088
nov-05	4 193 837	622 878	4 816 715	2,3%	629 225
déc-05	4 212 952	622 974	4 835 926	1,7%	630 831
janv-06	4 177 804	625 983	4 803 787	1,1%	605 918
févr-06	4 183 404	627 862	4 811 266	1,1%	608 038
mars-06	4 194 959	631 413	4 826 372	1,4%	610 042
avr-06	4 213 444	635 617	4 849 061	1,8%	613 293
mai-06	4 220 886	635 883	4 856 769	1,4%	614 172
juin-06	4 230 883	637 703	4 868 586	0,9%	617 269
juil-06	4 224 539	636 924	4 861 463	1,1%	617 240
août-06	4 233 711	636 024	4 869 735	1,4%	618 152
sept-06	4 230 209	630 700	4 860 909	1,0%	619 120
oct-06	4 228 475	632 576	4 861 050	0,9%	619 820
nov-06	4 234 506	634 649	4 869 154	1,1%	621 437
déc-06	4 226 687	634 705	4 861 392	0,5%	621 577
Moyenne 2000	4 186 577	587 021	4 773 598		273 683
Moyenne 2001	4 341 344	639 458	4 980 802		532 613
Moyenne 2002	3 981 018	591 947	4 572 965		646 474
Moyenne 2003	4 085 943	602 684	4 688 627		668 304
Moyenne 2004	4 122 418	612 132	4 734 550		658 107
Moyenne 2005	4 181 022	614 271	4 795 293		634 236
Moyenne 2006	4 216 626	633 337	4 849 962		615 507
Croissance 2001	3,7%	8,9%	4,3%		94,6%
Croissance 2002	-8,3%	-7,4%	-8,2%		21,4%
Croissance 2003	2,6%	1,8%	2,5%		3,4%
Croissance 2004	0,9%	1,6%	1,0%		-1,5%
Croissance 2005	1,4%	0,3%	1,3%		-3,7%
Croissance 2006	0,9%	3,1%	1,1%		-3,0%

Source : tous régimes d'attribution

BENEFICIAIRES PAR DEPARTEMENTS

Effectifs CMU 31/06/2006 (hors slm et autres)	Population estimée 2004 INSEE	CPAM TOTAL	CCMSA TOTAL	RSI TOTAL	CMU TOTAL			Taux CMU/ pop dép.	RMI juin-06
					Gestion RO	Gestion OC	Tous régimes		
01- Ain	547 181	18 132	355	544	11 454	7 577	19 031	3,5%	8 299
02- Aisne	535 719	44 200	1 376	969	43 770	2 775	46 545	8,7%	21 562
03- Allier	344 184	21 007	837	1 211	21 282	1 773	23 055	6,7%	12 168
04- Alpes Hte Provence	145 516	7 902	650	565	8 183	934	9 117	6,3%	4 235
05- Hautes-Alpes	127 860	3 531	650	266	3 516	931	4 447	3,5%	2 214
06- Alpes-Maritimes	1 056 967	55 002	612	2 680	56 130	2 164	58 294	5,5%	29 143
07- Ardèche	298 538	15 553	2 000	1 006	9 042	9 517	18 559	6,2%	8 478
08- Ardennes	288 550	24 232	971	859	23 025	3 037	26 062	9,0%	15 293
09- Ariège	142 453	10 559	1 078	1 262	11 938	961	12 899	9,1%	7 188
10- Aube	294 064	22 709	1 044	567	22 750	1 570	24 320	8,3%	11 679
11- Aude	329 397	28 445	2 639	1 863	31 784	1 163	32 947	10,0%	21 145
12- Aveyron	272 175	9 408	897	821	10 435	691	11 126	4,1%	4 826
13- Bouches-du-Rhône	1 892 732	223 845	4 644	6 842	230 438	4 893	235 331	12,4%	134 989
14- Calvados	663 509	41 191	1 618	1 382	26 042	18 149	44 191	6,7%	20 157
15- Cantal	148 862	5 231	995	869	6 599	496	7 095	4,8%	3 108
16- Charente	344 298	22 123	1 949	1 698	23 550	2 220	25 770	7,5%	13 914
17- Charente-Maritime	587 524	34 711	3 307	1 807	33 963	5 862	39 825	6,8%	21 909
18- Cher	313 115	21 442	1 314	1 232	20 588	3 400	23 988	7,7%	13 276
19- Corrèze	236 750	8 125	975	556	9 214	442	9 656	4,1%	4 195
2A- Corse-du-Sud	124 621	6 958	1 377	392	7 820	907	8 727	7,0%	3 983
21- Côtes D'Or	514 560	25 055	593	1 213	10 807	16 054	26 861	5,2%	11 880
22- Côtes-d'Armor	560 863	21 121	1 726	1 591	15 783	8 655	24 438	4,4%	11 506
23- Creuse	124 204	6 967	1 024	585	7 216	1 360	8 576	6,9%	3 694
24- Dordogne	397 627	20 040	2 945	1 923	22 189	2 719	24 908	6,3%	13 995
25- Doubs	509 605	29 040	465	875	24 497	5 883	30 380	6,0%	14 906
26- Drôme	457 845	28 660	3 162	2 918	13 349	21 391	34 740	7,6%	16 799
27- Eure	556 960	27 080	945	1 168	25 287	3 906	29 193	5,2%	15 843
28- Eure-et-Loir	414 706	22 137	334	709	18 375	4 805	23 180	5,6%	10 902
29- Finistère	874 083	32 134	1 902	2 171	24 798	11 409	36 207	4,1%	21 042
30- Gard	664 971	66 571	10 322	3 655	75 834	4 714	80 548	12,1%	42 825
31- Haute-Garonne	1 134 980	77 221	884	4 287	77 585	4 807	82 392	7,3%	46 079
32- Gers	178 334	7 471	735	429	7 980	655	8 635	4,8%	4 201
33- Gironde	1 359 670	74 909	5 389	5 521	73 656	12 163	85 819	6,3%	49 221
34- Hérault	971 433	93 217	5 947	6 182	93 894	11 452	105 346	10,8%	59 637
35- Ille-et-Vilaine	908 449	36 122	1 298	1 858	29 359	9 919	39 278	4,3%	16 499
36- Indre	231 424	11 302	487	449	10 809	1 429	12 238	5,3%	6 033
37- Indre-et-Loire	567 878	27 355	1 190	1 041	21 281	8 305	29 586	5,2%	15 893
38- Isère	1 145 141	50 611	276	2 431	43 760	9 558	53 318	4,7%	26 803
39- Jura	254 814	10 968	448	600	9 821	2 195	12 016	4,7%	4 461
40- Landes	347 331	15 291	1 597	1 253	14 796	3 345	18 141	5,2%	9 775
41- Loir-et-Cher	320 791	16 435	1 151	647	12 330	5 903	18 233	5,7%	9 330
42- Loire	731 895	39 877	894	2 834	30 457	13 148	43 605	6,0%	21 359
43- Haute-Loire	216 456	6 904	595	503	4 936	3 066	8 002	3,7%	3 585
44- Loire-Atlantique	1 192 176	56 954	1 382	5 091	45 078	18 349	63 427	5,3%	32 941
45- Loiret	634 012	34 899	1 071	1 989	32 330	5 629	37 959	6,0%	17 043
46- Lot	167 456	7 554	915	683	7 887	1 265	9 152	5,5%	4 681
47- Lot-et-Garonne	314 825	19 340	3 705	1 273	23 124	1 194	24 318	7,7%	11 846
48- Lozère	75 490	2 725	873	151	3 376	373	3 749	5,0%	1 259
49- Maine-et-Loire	752 704	35 097	3 004	1 214	31 102	8 213	39 315	5,2%	20 675
50- Manche	486 129	22 037	1 301	1 081	19 061	5 358	24 419	5,0%	10 422
51- Marne	564 069	33 795	983	1 067	32 921	2 924	35 845	6,4%	16 773

Effectifs CMU 31/06/2006 (hors slm et autres)	Population estimée 2004 INSEE	CPAM TOTAL	CCMSA TOTAL	RSI TOTAL	CMU TOTAL			Taux CMU/ pop dép.	RMI juin-06
					Gestion RO	Gestion OC	Tous régimes		
52- Haute-Marne	188 725	11 631	584	489	9 996	2 708	12 704	6,7%	5 526
53- Mayenne	293 433	10 234	560	675	8 426	3 043	11 469	3,9%	4 707
54- Meurthe-et-Moselle	722 508	44 276	282	2 015	40 719	5 854	46 573	6,4%	28 351
55- Meuse	192 703	11 610	512	455	9 015	3 562	12 577	6,5%	6 992
56- Morbihan	677 490	23 812	3 015	2 025	16 915	11 937	28 852	4,3%	14 833
57- Moselle	1 032 873	49 614	433	1 967	48 223	3 791	52 014	5,0%	30 639
58- Nièvre	222 251	13 611	690	576	11 441	3 436	14 877	6,7%	8 198
59- Nord	2 577 492	277 446	3 936	6 833	274 072	14 143	288 215	11,2%	163 220
60- Oise	779 916	43 090	887	1 166	44 236	907	45 143	5,8%	23 917
61- Orne	292 195	17 436	539	643	15 631	2 987	18 618	6,4%	9 542
62- Pas-de-Calais	1 450 214	150 809	3 004	2 742	144 880	11 675	156 555	10,8%	88 795
63- Puy-de-Dôme	616 904	29 681	1 333	2 366	27 016	6 364	33 380	5,4%	19 349
64- Pyrénées-Atlantiques	625 183	31 258	1 251	2 345	28 393	6 461	34 854	5,6%	18 907
65- Hautes-Pyrénées	228 287	11 510	468	1 164	11 920	1 222	13 142	5,8%	7 298
66- Pyrénées-Orientales	421 182	45 801	3 251	2 331	49 774	1 609	51 383	12,2%	28 212
67- Bas-Rhin	1 063 223	48 618	728	1 820	47 610	3 556	51 166	4,8%	32 765
68- Haut-Rhin	730 636	32 727	477	1 010	32 629	1 585	34 214	4,7%	19 311
69- Rhône	1 646 349	113 133	2 164	3 700	110 268	8 729	118 997	7,2%	55 478
70- Haute-Saône	234 328	10 270	247	893	9 928	1 482	11 410	4,9%	5 734
71- Saône-et-Loire	548 458	25 822	994	1 215	22 319	5 712	28 031	5,1%	12 831
72- Sarthe	542 725	29 906	1 199	1 399	25 526	6 978	32 504	6,0%	16 087
73- Savoie	392 322	13 956	258	874	10 121	4 967	15 088	3,8%	6 259
74- Haute-Savoie	676 484	19 847	392	1 204	17 423	4 020	21 443	3,2%	10 313
75- Paris (Ville)	2 163 535	191 022	1 483	4 833	185 697	11 641	197 338	9,1%	90 938
76- Seine-Maritime	1 245 457	94 209	1 295	3 196	80 297	18 403	98 700	7,9%	53 476
77- Seine-et-Marne	1 256 568	58 627	0	1 316	47 137	12 806	59 943	4,8%	27 046
78- Yvelines	1 390 170	51 673	0	939	41 783	10 829	52 612	3,8%	23 219
79- Deux-Sèvres	351 964	14 512	1 132	666	11 293	5 017	16 310	4,6%	7 377
80- Somme	558 966	47 918	1 538	1 385	48 808	2 033	50 841	9,1%	23 833
81- Tarn	357 950	22 035	2 072	1 316	23 799	1 624	25 423	7,1%	13 202
82- Tarn-et-Garonne	219 414	14 697	2 643	1 202	17 423	1 119	18 542	8,5%	9 229
83- Var	957 750	66 499	4 129	3 517	67 653	6 492	74 145	7,7%	39 733
84- Vaucluse	521 730	42 485	6 308	1 834	46 813	3 814	50 627	9,7%	24 501
85- Vendée	576 823	17 696	962	1 035	13 057	6 636	19 693	3,4%	9 089
86- Vienne	407 684	24 153	1 136	888	21 947	4 230	26 177	6,4%	14 648
87- Haute-Vienne	360 664	22 118	1 167	1 195	21 718	2 762	24 480	6,8%	11 476
88- Vosges	382 420	21 435	649	873	18 483	4 474	22 957	6,0%	11 699
89- Yonne	338 026	18 731	759	755	16 281	3 964	20 245	6,0%	9 531
90- Territoire de Belfort	140 183	9 787	123	260	7 266	2 904	10 170	7,3%	5 300
91- Essonne	1 172 301	63 277	0	1 570	63 992	855	64 847	5,5%	30 484
92- Hauts-de-Seine	1 494 269	75 716	0	1 582	72 664	4 634	77 298	5,2%	41 093
93- Seine St Denis	1 416 598	178 957	0	2 848	176 770	5 035	181 805	12,8%	105 203
94- Val-de-Marne	1 258 575	82 810	0	2 179	81 169	3 820	84 989	6,8%	49 043
95- Val-d'Oise	1 138 815	74 128	0	1 393	73 991	1 530	75 521	6,6%	38 446
2B- Haute-Corse	148 439	10 454	0	524	10 187	791	10 978	7,4%	6 459
METROPOLE	60 340 000	3 852 389	139 419	160 075	3 640 139	511 744	4 151 883	6,9%	2 175 954
971- Guadeloupe	448 000	124 421	1 792	2 057	69 677	58 521	128 198	28,6%	71 636
972- Martinique	395 000	113 430	1 439	1 318	92 950	23 237	116 187	29,4%	61 919
973- Guyane	184 000	69 391	2 071	970	71 708	724	72 432	39,4%	33 040
974- Réunion	763 000	306 395	9 186	5 247	320 774	54	320 828	42,0%	188 179
DOM	1 790 000	613 637	14 488	9 592	555 109	82 536	637 645	35,6%	354 774
TOTAL FRANCE	62 130 000	4 466 026	153 907	169 667	4 195 248	594 280	4 789 528	7,7%	2 530 728

Source : CNAMTS, RSI, CCMSA, CNAF.

DEPENSES PAR DEPARTEMENT ET PAR NATURE DE SOINS

CPAM	Effectifs Moyens 2005	TM VILLE	Dont médicaments	Hospitalisation (avec hono publics)	Forfaits ville	Total	Part Ville	Part Hôpital	Part Forfaits ville
1 AIN	11 255	170,4	75,1	94,1	27,4	291,9	58%	32%	9%
2 AISNE	40 775	219,0	101,9	75,8	32,3	327,2	67%	23%	10%
3 ALLIER	18 269	180,5	80,7	101,6	34,7	316,7	57%	32%	11%
4 ALPES H.PROV	6 052	193,7	80,3	85,8	32,6	312,1	62%	27%	10%
5 HTES ALPES	2 565	182,0	74,6	136,0	37,0	354,9	51%	38%	10%
6 ALPES MARIT	52 922	276,0	116,3	82,1	48,6	406,7	68%	20%	12%
7 ARDECHE	6 954	165,8	70,3	91,8	33,3	290,9	57%	32%	11%
8 ARDENNE	19 884	226,3	109,2	106,0	37,4	369,7	61%	29%	10%
9 ARIEGE	9 569	186,8	79,8	62,7	33,7	283,2	66%	22%	12%
10 AUBE	20 576	203,5	95,4	78,9	28,4	310,7	65%	25%	9%
11 AUDE	26 829	229,8	101,8	73,9	39,6	343,4	67%	22%	12%
12 AVEYRON	8 362	181,6	75,8	104,6	31,6	317,7	57%	33%	10%
13 BOUCHES DU RHO	216 864	277,1	118,6	77,6	51,7	406,4	68%	19%	13%
14 CALVADOS	24 484	191,1	84,8	106,3	29,4	326,9	58%	33%	9%
15 CANTAL	5 015	189,1	88,1	188,2	37,0	414,3	46%	45%	9%
16 CHARENTE	20 415	189,5	91,5	78,5	28,5	296,5	64%	26%	10%
17 CHARENTE MARIT	29 786	209,4	100,4	102,6	28,8	340,8	61%	30%	8%
18 CHER	17 901	167,8	78,5	88,1	32,0	287,9	58%	31%	11%
19 CORREZE	7 717	196,9	96,7	260,5	28,4	485,8	41%	54%	6%
20 CORSE SUD	5 784	230,9	99,9	135,8	39,1	405,8	57%	33%	10%
21 COTE D'OR	9 480	208,2	84,9	111,2	30,6	349,9	59%	32%	9%
22 COTE D'ARMOR	13 920	178,2	77,7	115,4	35,2	328,7	54%	35%	11%
23 CREUSE	5 672	166,4	83,0	107,0	24,6	298,0	56%	36%	8%
24 DORDOGNE	17 191	190,2	86,9	152,3	30,0	372,5	51%	41%	8%
25 DOUBS	22 013	218,9	100,1	99,6	32,1	350,6	62%	28%	9%
26 DROME	10 775	192,4	81,4	88,8	42,3	323,5	59%	27%	13%
27 EURE	23 686	174,9	83,4	97,7	28,5	301,1	58%	32%	9%
28 EURE ET LOIR	18 107	183,2	85,1	75,7	30,9	289,8	63%	26%	11%
29 FINISTERE	22 295	200,2	89,5	110,1	30,9	341,3	59%	32%	9%
30 GARD	59 881	241,3	102,6	76,4	48,6	366,4	66%	21%	13%
31 HTE GARONNE	72 299	259,1	104,8	88,7	49,0	396,7	65%	22%	12%
32 GERS	6 691	206,0	85,5	178,7	31,9	416,6	49%	43%	8%
33 GIRONDE	63 544	240,4	106,3	84,2	37,0	361,5	66%	23%	10%
34 HERAULT	82 920	268,7	114,3	66,8	45,0	380,5	71%	18%	12%
35 ILLE ET VILAINE	27 038	190,8	78,2	104,6	35,0	330,4	58%	32%	11%
36 INDRE	9 875	178,0	81,0	70,5	33,4	281,9	63%	25%	12%
37 INDRE ET LOIRE	19 701	192,3	87,3	86,4	29,1	307,8	62%	28%	9%
38 ISERE	42 953	207,7	88,1	93,5	35,7	336,9	62%	28%	11%
39 JURA	8 845	175,9	78,5	122,9	29,3	328,1	54%	37%	9%
40 LANDES	12 786	212,5	93,7	66,6	35,0	314,1	68%	21%	11%
41 LOIR ET CHER	10 944	172,6	79,4	96,7	23,9	293,2	59%	33%	8%
42 LOIRE	28 685	198,9	88,7	84,9	40,7	324,5	61%	26%	13%
43 HTE LOIRE	3 837	172,5	75,5	116,4	28,6	317,5	54%	37%	9%
44 LOIRE ATLANT	40 206	182,4	71,9	74,1	37,1	293,6	62%	25%	13%
45 LOIRET	29 477	178,4	84,3	70,6	25,1	274,1	65%	26%	9%
46 LOT	6 583	172,7	74,6	116,6	29,6	318,9	54%	37%	9%
47 LOT ET GARO	18 543	198,0	91,4	79,2	35,1	312,2	63%	25%	11%
48 LOZERE	2 617	156,7	63,2	550,3	27,9	734,9	21%	75%	4%
49 MAINE ET LOI	28 276	180,1	75,3	97,4	30,3	307,8	59%	32%	10%
50 MANCHE	17 365	166,0	73,7	100,0	28,6	294,5	56%	34%	10%
51 MARNE	30 743	207,4	96,6	98,5	35,2	341,1	61%	29%	10%
52 HTE MARNE	9 048	181,5	87,4	101,6	26,7	309,7	59%	33%	9%

CPAM	Effectifs Moyens 2005	TM VILLE	Dont médicaments	Hospitalisation (avec hono publics)	Forfaits ville	Total	Part Ville Ville	Part Hôpital	Part Forfaits ville
53 MAYENNE	7 266	160,9	71,5	100,8	23,4	285,2	56%	35%	8%
54 MEURTHE ET M	37 140	233,2	105,6	104,6	34,9	372,7	63%	28%	9%
55 MEUSE	7 719	194,1	86,3	116,2	39,3	349,7	56%	33%	11%
56 MORBIHAN	13 794	190,0	82,7	95,6	38,6	324,2	59%	29%	12%
57 MOSELLE	44 654	154,4	72,3	69,5	39,6	263,6	59%	26%	15%
58 NIEVRE	10 265	172,4	81,4	93,7	31,3	297,4	58%	31%	11%
59 NORD	260 002	240,6	110,7	76,7	31,4	348,6	69%	22%	9%
60 OISE	41 814	193,4	93,2	107,6	24,8	325,8	59%	33%	8%
61 ORNE	14 656	174,6	80,0	106,8	27,2	308,6	57%	35%	9%
62 PAS DE CAL	137 757	247,3	114,4	67,8	29,5	344,7	72%	20%	9%
63 PUY DE DOME	23 936	192,3	86,4	65,4	35,5	293,2	66%	22%	12%
64 PYREN ATLANT	26 342	227,5	97,1	128,0	42,6	398,1	57%	32%	11%
65 HTES PYR	10 386	208,3	94,0	129,9	36,8	375,1	56%	35%	10%
66 PYR ORIENT	43 326	234,0	98,6	66,9	46,2	347,1	67%	19%	13%
67 BAS RHIN	42 793	175,1	76,4	60,4	37,1	272,5	64%	22%	14%
68 HT RHIN	28 897	138,6	60,9	63,1	31,3	233,0	59%	27%	13%
69 RHONE	104 783	202,7	90,6	84,3	35,7	322,6	63%	26%	11%
70 HTE SAONE	8 438	200,2	96,3	161,9	25,8	387,9	52%	42%	7%
71 SAONE ET LO	20 417	180,7	81,0	84,8	32,8	298,3	61%	28%	11%
72 SARTHE	22 426	175,6	78,7	104,4	30,4	310,3	57%	34%	10%
73 SAVOIE	9 670	182,0	76,5	84,4	30,2	296,6	61%	28%	10%
74 HTE SAVOIE	17 125	172,7	72,0	91,5	31,4	295,6	58%	31%	11%
75 PARIS	179 659	227,5	107,1	93,8	44,3	365,6	62%	26%	12%
76 SEINE MARIT	79 642	195,4	92,2	78,8	27,0	301,3	65%	26%	9%
77 SEINE ET MAR	44 211	183,0	83,2	84,5	25,4	292,9	62%	29%	9%
78 YVELINES	41 281	196,1	89,0	93,4	29,5	319,0	61%	29%	9%
79 DEUX SEVRES	9 578	192,5	90,1	131,3	23,3	347,1	55%	38%	7%
80 SOMME	45 161	235,8	113,1	77,1	32,7	345,6	68%	22%	9%
81 TARN	20 106	196,6	81,0	96,6	36,5	329,7	60%	29%	11%
82 TARN ET GAR	13 057	204,4	88,1	74,7	36,2	315,3	65%	24%	11%
83 VAR	58 129	242,1	103,4	88,7	42,5	373,2	65%	24%	11%
84 VAUCLUSE	38 412	211,4	89,8	83,0	41,6	336,0	63%	25%	12%
85 VENDEE	11 891	187,3	83,6	120,6	31,8	339,7	55%	35%	9%
86 VIENNE	19 913	207,6	97,8	149,7	26,4	383,6	54%	39%	7%
87 HTE VIENNE	19 235	208,1	98,7	83,2	28,1	319,4	65%	26%	9%
88 VOSGES	16 539	201,3	93,5	110,0	31,7	342,9	59%	32%	9%
89 YONNE	14 807	161,8	74,8	90,0	19,3	271,0	60%	33%	7%
90 TER BELFORT	6 888	190,8	91,4	87,2	29,5	307,4	62%	28%	10%
91 ESSONNE	61 346	187,4	85,2	81,3	30,7	299,4	63%	27%	10%
92 HTE SEINE	73 000	199,5	92,9	100,8	34,1	334,4	60%	30%	10%
93 SEINE ST DENIS	174 382	207,7	98,9	69,4	35,3	312,4	67%	22%	11%
94 VAL DE MARNE	76 851	203,4	95,1	95,3	34,9	333,5	61%	29%	10%
95 VAL D'OISE	72 493	207,1	98,2	75,7	30,4	313,2	66%	24%	10%
96 Hte CORSE (20 B)	9 382	217,6	88,0	69,3	37,6	324,5	67%	21%	12%
METROPOLE	3 347 539	215,9	97,1	86,6	35,9	338,5	64%	26%	11%
971 GUADELOUPE	62 417	165,8	83,4	55,4	18,4	239,6	69%	23%	8%
972 MARTINIQUE	82 735	197,8	101,5	90,1	24,5	312,4	63%	29%	8%
973 GUYANNE	62 629	114,6	50,9	86,2	7,1	207,9	55%	41%	3%
974 REUNION	305 396	248,5	108,1	50,2	29,0	327,8	76%	15%	9%
DOM	513 177	214,0	97,0	61,7	24,3	299,9	71%	21%	8%
TOTAL FRANCE	3 860 716	215,7	97,1	83,3	34,4	333,3	65%	25%	10%

PRESENTATION SIMPLIFIEE DES RESULTATS COMPTABLES DU FONDS

ANNEE 2006

En millions d'euros

Charges		Produits	
Paiement aux régimes de base	1 438	Dotation de l'Etat	346
Paiement aux organismes complémentaires	81	Contribution des organismes	492
Dotations aux provisions	35	Reprises sur provisions	25
Gestion administrative	1	Contribution ACS	40
		Taxe tabac	217
	31	Taxe alcool	404
		Résultat (déficit)	31
Total des charges	1 555	Total des produits	1 524

RECAPITULATIF DES COMPTES DU FONDS

En millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Produits							
Dotation de l'Etat	800	889	1 150	970	1 037	695	346
Taxe alcool						386	404
Taxe tabac							217
Contribution ACS						13	40
Contribution des organismes complémentaires	247	223	223	245	291	302	492
Reprises sur provisions		94	159	143	202	22	25
Total produits	1 047	1 206	1 532	1 358	1 530	1 418	1 524
Charges							
Paiement aux régimes de base	908	1 189	1 164	1 210	1 357	1 270	1 438
Paiement aux organismes complémentaires	10	22	47	62	73	78	81
Annulation produits antérieurs					2		
Dotations aux provisions	94	159	143	202	22	25	35
Gestion administrative	0,5	1	1	1	1	1	1
Total charges	1 013	1 371	1 355	1 475	1 455	1 374	1 524
Résultat de l'année	34	- 165	177	117	75	44	- 31
Résultat cumulé	34	-131	47	- 70	5	48	17

SUIVI DE TRESORERIE 2006*En euros*

Dates	Solde	Dépenses	Recettes	Observations
2-janv.-06	58 739 649			
3-janv.-06	90 098 343		31 358 693	Taxe alcool
5-janv.-06	48 398 343	66 800 000	25 600 000	Acomptes aux régimes + dotation budgétaire
11-janv.-06	48 282 265	116 078		Paiement aux organismes complémentaires
27-janv.-06	47 655 817	626 443		Paiement aux organismes complémentaires
31-janv.-06	47 655 817			
1-févr.-06	73 255 817		25 600 000	Dotation budgétaire
2-févr.-06	69 243 505	4 012 312		Paiement aux organismes complémentaires
3-févr.-06	117 258 429		48 014 924	Taxes alcool + tabac
6-févr.-06	50 458 429	66 800 000		Acomptes aux régimes
7-févr.-06	48 960 473	1 497 957		Paiement aux organismes complémentaires
8-févr.-06	42 154 663	6 805 810		Paiement aux organismes complémentaires
13-févr.-06	41 077 188	1 077 475		Paiement aux organismes complémentaires
15-févr.-06	34 973 257	76 545 887	70 441 957	Régularisation CNAMTS 2005 + versement AC OSS
17-févr.-06	30 358 979	4 614 278		Paiement aux organismes complémentaires
28-févr.-06	30 358 979			
1-mars-06	55 958 979		25 600 000	Dotation budgétaire
2-mars-06	54 673 717	1 285 262		Paiement aux organismes complémentaires
3-mars-06	102 333 355		47 659 637	Taxes alcool + tabac
6-mars-06	35 533 355	66 800 000		Acomptes aux régimes
7-mars-06	34 512 511	1 020 844		Paiement aux organismes complémentaires
15-mars-06	31 694 780	2 817 731		Régularisation CNAMTS + CCMSA 2005
16-mars-06	30 581 555	1 113 225		Paiement aux organismes complémentaires
22-mars-06	24 977 181	5 604 374		Régularisation RSI 2005
23-mars-06	24 726 096	251 085		Régularisation petits régimes 2005
31-mars-06	24 726 096			
1-avr.-06	24 726 096			
3-avr.-06	65 479 413		40 753 317	Taxes alcool + tabac
5-avr.-06	25 779 413	65 300 000	25 600 000	Acomptes aux régimes + dotation budgétaire
6-avr.-06	24 114 133	1 665 280		Paiement OC + solde acompte CNAMTS
12-avr.-06	24 104 133	10 000		Paiement aux organismes complémentaires
30-avr.-06	24 104 121			
1-mai-06	24 104 121			
2-mai-06	48 969 251	734 870	25 600 000	Paiement OC + dotation budgétaire
3-mai-06	90 393 283		41 424 033	Taxes alcool + tabac
5-mai-06	23 593 283	66 800 000		Acomptes aux régimes
9-mai-06	17 797 629	5 795 654		Paiement aux organismes complémentaires
15-mai-06	22 493 151	160 000 000	165 959 077	Acompte CNAMTS + versement AC OSS
1-juin-06	44 171 673	5 185 033	25 600 000	Paiement OC + dotation budgétaire
2-juin-06	92 130 615		47 958 941	Taxes alcool + tabac
6-juin-06	48 080 615	44 050 000		Acomptes régimes - dotation ACS 2005
8-juin-06	41 263 396	6 817 219		Paiement aux organismes complémentaires
30-juin-06	41 263 396			
1-juil.-06	41 263 396			
3-juil.-06	60 063 396	6 800 000	25 600 000	Dotation budgétaire + acompte CCMSA et RSI
4-juil.-06	104 609 513	2 303 571	46 849 688	Acomptes et régul petits régimes + taxes
5-juil.-06	609 513	104 000 000		Acompte CNAMTS
10-juil.-06	564 325	45 188		Paiement aux organismes complémentaires
1-août-06	26 164 320		25 600 000	Dotation budgétaire

Dates	Solde	Dépenses	Recettes	Observations
3-août-06	79 956 189		53 791 869	Taxes alcool + tabac
7-août-06	13 156 189	66 800 000		Acomptes aux régimes (- dotation ACS 2006)
8-août-06	4 886 678	8 269 511		Paiement aux organismes complémentaires
9-août-06	799 876	4 086 802		Paiement aux organismes complémentaires
16-août-06	96 908 866		96 822 188	Versement ACOSS
17-août-06	90 908 866	6 000 000		Solde acompte CNAMTS
22-août-06	86 678 495	4 230 371		Paiement aux organismes complémentaires
29-août-06	85 684 831	993 664		Paiement aux organismes complémentaires
30-août-06	86 997 819		1 312 988	Régularisation taxe alcool
31-août-06	86 997 819			
1-sept.-06	112 597 819		25 600 000	Dotation budgétaire
4-sept.-06	162 666 526		50 068 707	Taxes alcool + tabac
5-sept.-06	45 866 526	116 800 000		Acomptes aux régimes
12-sept.-06	45 863 294	3 232		Paiement aux organismes complémentaires
30-sept.-06	45 863 294			
1-oct.-06	45 863 294			
2-oct.-06	71 463 294		25 600 000	Dotation budgétaire
3-oct.-06	121 077 241		49 613 947	Taxes alcool + tabac
5-oct.-06	14 277 241	106 800 000		Acomptes aux régimes
20-oct.-06	37 303 834	279 083	22 669 801	Paiement aux OC + dotation DOM
30-oct.-06	36 303 022	1 000 800		Paiement aux organismes complémentaires
2-nov.-06	61 903 022		25 600 000	Dotation budgétaire
3-nov.-06	113 149 673		51 246 651	Taxes alcool + tabac
6-nov.-06	26 349 673	86 800 000		Acomptes aux régimes
7-nov.-06	17 766 715	8 582 958		Paiement aux organismes complémentaires
13-nov.-06	9 819 374	7 947 341		Paiement aux organismes complémentaires
15-nov.-06	116 651 360		106 831 986	Versement ACOSS
16-nov.-06	115 249 135	1 402 225		Paiement aux organismes complémentaires
28-nov.-06	114 434 252	814 883		Paiement aux organismes complémentaires
30-nov.-06	114 434 252			
1-déc.-06	140 190 245		25 755 993	Dotation budgétaire
4-déc.-06	183 395 518		43 205 273	Taxes alcool + tabac
5-déc.-06	16 595 518	166 800 000		Acomptes aux régimes
6-déc.-06	15 417 642	1 177 876		Paiement aux organismes complémentaires
15-déc.-06	31 594 300		16 176 658	Dotation budgétaire : déblocage réserve
21-déc.-06	30 321 157	1 619 457		Paiement aux organismes complémentaires
22-déc.-06	29 129 107	1 192 050		Alimentation gestion administrative

Les versements mineurs ne sont pas notés dans ce tableau.

TEXTES RELATIFS A LA CMU ET A L'ACS PARUS AU COURS DE L'ANNEE 2006

ORGANISMES / MINISTERES	STATUT	DATE PUBLICATION	DATE DU TEXTE	LIBELLE
Ministère de la santé et des solidarités	Arrêté	22/12/2006	28/12/2006	Fixation des modèles des formulaires "couverture maladie universelle complémentaire santé" et "aide pour une complémentaire santé".
Ministère de la santé et des solidarités	Décret n°2006-1480	28/11/2006	30/11/2006	Autorisation au Fonds de financement de la CMU à opérer une transaction avec les mutuelles de l'URMG et de l'UDMG.
Ministère de la santé et des solidarités	Circulaire n° DSS/2A/2006/387	05/09/2006	15/11/2006	Contentieux du droit à déduction sur les primes ou cotisations d'assurance complémentaire de santé pour les personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond prévu pour la protection complémentaire en matière de santé.
Ministère de la santé et des solidarités	Arrêté	09/08/2006	26/08/2006	Nomination au conseil de surveillance du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
Ministère de la santé et des solidarités	Arrêté	27/07/2006	03/08/2006	Fixation pour 2006 le montant et la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de la dotation globale de l'assurance maladie versée au Fonds de financement de la CMU au titre du crédit d'impôt pour l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé.
Ministère de la santé et des solidarités	Décret n°2006-876	13/07/2006	16/07/2006	Détermination du plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé.
Ministère de la santé et des solidarités	Circulaire n° DSS/2A/2006/314	11/07/2006	11/09/2006	Modalités d'application des règles que les garanties d'assurance complémentaire de santé doivent respecter pour bénéficier d'aides fiscales ou sociales,
Ministère de la santé et des solidarités	Arrêté	30/05/2006	02/06/2006	Application des articles L.162-9 et L.861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé.
Ministère de la santé et des solidarités	Arrêté	21/04/2006	05/05/2006	Fixation pour 2005 le montant et la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de la dotation globale de l'assurance maladie versée au Fonds de financement de la CMU au titre du crédit d'impôt pour l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé.
Ministère de la santé et des solidarités	Arrêté	04/04/2006	20/04/2006	Modèle du formulaire "déclaration de la contribution au financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle"
Ministère de la santé et des solidarités	Arrêté	24/03/2006	09/04/2006	Nomination au conseil de surveillance du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.
Ministère de la santé et des solidarités	Arrêté	24/01/2006	07/02/2006	Nomination au conseil de surveillance du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

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 et de l'aide complémentaire santé, le conseil d'administration a :

➤ lors de sa séance du 11 avril 2006 :

- Approuvé le compte financier et le rapport annuel d'activité 2005 ;
- Demandé que le mode de comptabilisation de la contribution et des déductions des organismes complémentaires soit modifié pour permettre le rapprochement entre présentation économique et comptable
- Autorisé le directeur à signer un avenant à l'échéancier des versements à la CNAMTS (un versement supplémentaire) ;
- Approuvé la transaction consécutive à la liquidation judiciaire de mutuelles de Guadeloupe.

➤ lors de sa séance du 17 octobre 2006 :

- Adopté le budget primitif 2007 ;
- Autorisé le directeur à signer les avenants 2007 aux conventions avec la CNAMTS, la CCMSA, le RSI et l'ACOSS ;
- Pris connaissance du projet de programme d'études financées par le Fonds pour 2007 et 2008.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES REGISSANT LE FONDS AU 31/12/2006

« 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.

Le solde annuel des dépenses et des recettes du Fond doit être nul ;

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

« e) Une fraction de 4, 34 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts.

« 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 2,5 %.

« 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 85 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 émises, ou à défaut d'émission, 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. 863-5. – 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. 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 membre du corps du contrôle général économique et 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 L. 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'apprecier 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 ».

*
* *

Tous les textes relatifs à la CMU de base, à la CMU complémentaire et à l'aide complémentaire santé sont disponibles sur le site du Fonds CMU : www.cmu.fr.

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31/12/2006

➤ ***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 et de la politique économique

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

Le directeur du budget

Le directeur général de la comptabilité publique

COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE AU 31/12/2006

➤ ***Président***

Monsieur Jean-Marie ROLLAND

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

Madame Paulette GUINCHARD-KUNSTLER

Monsieur Jacques DOMERGUE

➤ ***Membres du Sénat***

Madame Valérie LETARD

Monsieur Michel MOREIGNE

Monsieur Alain VASSELLE

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

Madame Kathy BONTINCK

La Croix-Rouge française

Monsieur Raymond GALINSKI

Secours populaire français

Monsieur Fabrice MOLLIEX

Secours catholique

Madame Cécile CHARTREAU

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

➤ ***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 André BOIS-BOUVIER

Monsieur Michel COLOMBET

Au titre de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole - CCMSA

Monsieur Gérard PELHATE

Monsieur Henri ROCOULET

➤ ***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

Madame Josiane MAERTEN

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

Madame Pascale VATEL

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 Evelyne GUILLET

ORGANIGRAMME DU FONDS AU 31/12/2006

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

LES 100 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT L'ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION LA PLUS IMPORTANTE EN 2006

ORDRE	SIREN	NATURE	NOM	VILLE	TOTAL 2006	Cumul 2006	% Cumul 2006	TOTAL 2005	Cumul 2005	% Cumul 2005	Evol 2005/2006	Obs (*)
1	775 685 399	Mutuelle	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	PARIS CEDEX 15	1 036 881 771	1 036 881 771	3,98%	995 800 769	995 800 769	4,07%	4,13%	
2	784 621 468	IP	BTP prévoyance - CNPBTP	PARIS	839 698 795	1 876 580 566	7,20%	813 101 256	1 808 902 025	7,39%	3,27%	
3	310 499 959	Assurance	AXA France vie	PARIS	838 189 286	2 714 769 852	10,42%	736 383 728	2 545 285 753	10,40%	13,83%	
4	322 215 021	Assurance	SwissLife prévoyance et santé	PARIS	823 483 409	3 538 253 261	13,58%	760 930 378	3 306 216 131	13,51%	8,22%	
5	775 685 340	Mutuelle	MG - Mutuelle générale	PARIS	626 489 219	4 164 742 480	15,98%	619 805 741	3 926 021 872	16,05%	1,08%	
6	542 110 291	Assurance	AGF IART - Assurances générales de France	PARIS-LA-DEFENSE	546 447 952	4 711 190 432	18,08%	538 213 389	4 464 235 261	18,25%	1,53%	
7	775 606 361	Mutuelle	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	MONTARGIS CEDEX	535 069 598	5 246 260 030	20,13%	488 230 322	4 952 465 583	20,24%	9,59%	
8	442 224 671	Mutuelle	Préviade-Mutouest	PARIS	504 666 706	5 750 926 736	22,07%	445 505 547	5 397 971 130	22,06%	13,28%	(*)
9	775 678 584	Mutuelle	MNT - Mutuelle nationale territoriale	PARIS CEDEX 09	385 942 989	6 136 869 725	23,55%	360 561 730	5 758 532 860	23,54%	7,04%	
10	333 232 270	IP	Groupe AG2R - AG2R prévoyance	PARIS CEDEX 14	383 703 351	6 520 573 076	25,02%	362 981 141	6 121 514 001	25,02%	5,71%	
11	318 990 736	IP	Uniprévoyance - Prismé prévoyance	VINCENNES	331 546 562	6 852 119 638	26,30%	323 557 285	6 445 071 286	26,34%	2,47%	
12	331 542 142	Mutuelle	MAAF santé	NIORT CEDEX 09	313 067 464	7 165 187 102	27,50%	277 417 793	6 722 489 079	27,48%	12,85%	
13	775 691 181	IP	Groupe Médéric - Médéric Prévoyance	PARIS CEDEX 09	296 177 256	7 461 364 358	28,64%	292 509 071	7 014 998 150	28,67%	1,25%	
14	352 406 748	Assurance	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	STRASBOURG CEDEX 09	287 860 378	7 749 224 736	29,74%	242 600 677	7 257 598 827	29,67%	18,66%	
15	343 084 737	IP	URRPIMMECT	SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES CEDEX	281 515 544	8 030 740 280	30,82%	252 342 477	7 509 941 304	30,70%	11,56%	
16	775 688 658	Mutuelle	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	PARIS CEDEX 16	254 830 946	8 285 571 226	31,80%	245 072 433	7 755 013 737	31,70%	3,98%	
17	432 696 268	Mutuelle	Imadiès	LE HAVRE CEDEX	252 260 598	8 537 831 824	32,77%	235 359 298	7 990 373 035	32,66%	7,18%	
18	340 427 616	Assurance	GAN vie	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX 13	231 010 848	8 768 842 672	33,65%	206 595 602	8 196 968 637	33,50%	11,82%	
19	412 367 724	Assurance	Groupe Médéric - Quatrem - Assurances collectives	PARIS CEDEX 09	230 440 411	8 999 283 083	34,54%	178 618 144	8 375 586 781	34,23%	29,01%	

ORDRE	SIREN	NATURE	NOM	VILLE	TOTAL 2006	Cumul 2006	% Cumul 2006	TOTAL 2005	Cumul 2005	% Cumul 2005	Evol 2005/2006	Obs (*)
20	304 217 904	IP	APGIS - Institution de prévoyance	VINCENNES CEDEX	224 530 686	9 223 813 769	35,40%	205 158 140	8 580 744 921	35,07%	9,44%	
21	394 638 449	IP	Groupe MV4Parunion - CAPRICEL prévoyance	SARAN CEDEX	222 924 644	9 446 738 413	36,26%	205 193 005	8 785 937 926	35,91%	8,64%	
22	382 565 745	Mutuelle	Groupe AG2R - Primamut	PARIS CEDEX 14	216 104 998	9 662 843 411	37,08%	212 745 743	8 998 683 669	36,78%	1,58%	
23	775 666 324	Mutuelle	Mutuelle nationale militaire	PARIS	214 727 578	9 877 570 989	37,91%	211 723 113	9 210 406 782	37,65%	1,42%	
24	331 691 683	Assurance	Generali France assurances vie	PARIS	211 471 526	10 089 042 515	38,72%	180 707 999	9 391 114 781	38,39%	17,02%	
25	434 243 085	Mutuelle	Mutuelle Océane	BORDEAUX CEDEX	188 500 480	10 277 542 995	39,44%	174 019 943	9 565 134 724	39,10%	8,32%	
26	341 334 795	IP	Réunica prévoyance	LEVALLOIS-PERRET CEDEX	186 733 634	10 464 276 629	40,16%	174 602 510	9 739 737 234	39,81%	6,95%	
27	302 927 553	Mutuelle	Groupe APICIL - Mutuelle Micils	CALUIRE-ET-CUIRE	180 685 912	10 644 962 541	40,85%	163 676 903	9 903 414 137	40,48%	10,39%	
28	306 522 665	Assurance	AVIVA Assurances	BOIS-COLOMBES	179 357 050	10 824 319 591	41,54%	137 643 538	10 041 057 675	41,04%	30,31% (*)	
29	440 048 882	Assurance	MMA IARD	LE MANS CEDEX 09	178 894 394	11 003 213 985	42,23%	16 391 655	10 057 449 330	41,11%	991,37% (*)	
30	775 659 907	Mutuelle	Société mutuelle mieux-être (SMME)	PARIS CEDEX 11	166 298 313	11 169 512 298	42,87%	121 512 986	10 178 962 316	41,61%	36,86% (*)	
31	552 062 663	Assurance	Generali assurances IARD	PARIS CEDEX 09	162 511 666	11 332 023 964	43,49%	154 509 525	10 333 471 841	42,24%	5,18%	
32	353 457 245	Assurance	AXA Assurances vie mutuelles	PARIS	161 855 277	11 493 879 241	44,11%	154 848 332	10 488 320 173	42,87%	4,53%	
33	321 862 500	IP	Groupe APICIL - APICIL prévoyance	CALUIRE-ET-CUIRE	159 624 082	11 653 503 323	44,72%	145 791 406	10 634 111 579	43,47%	9,49%	
34	784 669 954	Mutuelle	Mutuelle SMI	PARIS CEDEX 08	157 883 964	11 811 387 287	45,33%	181 048 467	10 815 160 046	44,21%	-12,79%	
35	383 844 693	Assurance	GROUPAMA Loire-Bretagne	RENNES CEDEX	154 361 516	11 965 748 803	45,92%	144 163 318	10 959 323 364	44,80%	7,07%	
36	779 558 501	Mutuelle	MACIF mutualité	TOURS CEDEX 03	153 152 120	12 118 900 923	46,51%	124 443 372	11 083 766 736	45,30%	23,07% (*)	
37	400 200 804	Mutuelle	Eovi - Mutuelle Présence	SAINT-ETIENNE CEDEX 02	151 389 592	12 270 290 515	47,09%	146 190 184	11 229 956 920	45,90%	3,56%	
38	352 358 865	Assurance	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	PARIS	144 953 278	12 415 243 793	47,65%	101 667 744	11 331 624 664	46,32%	42,58%	
39	775 671 902	Mutuelle	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	PARIS CEDEX 02	144 766 004	12 560 009 797	48,20%	140 641 706	11 472 266 370	46,89%	2,93%	
40	775 671 894	Mutuelle	MGP - Mutuelle générale de la police	CRETEIL	143 635 195	12 703 644 992	48,75%	140 481 981	11 612 748 351	47,47%	2,24%	
41	341 403 178	IP	Groupe Mornay - IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	PARIS	142 124 848	12 845 769 840	49,30%	159 235 023	11 771 983 374	48,12%	-10,75%	
42	784 442 873	Mutuelle	Mutuelle de la gendarmerie - Caisse nationale du gendarme	PARIS	139 964 881	12 985 734 721	49,84%	134 622 317	11 906 605 691	48,67%	3,97%	
43	391 851 557	Assurance	GROUPAMA d'Oc	TOULOUSE CEDEX	137 697 512	13 123 432 233	50,37%	126 930 560	12 033 536 251	49,19%	8,48%	
44	775 652 126	Assurance	MMA IARD - La mutuelle du Mans Assurances IARD	LE MANS CEDEX 09	134 294 715	13 257 726 948	50,88%	210 893 365	12 244 429 616	50,05%	-36,32% (*)	
45	775 671 910	Mutuelle	MGET - Mutuelle générale de l'équipement et des territoires	LE KREMLIN-BICETRE CEDEX	130 923 057	13 388 650 005	51,38%	121 735 518	12 366 165 134	50,55%	7,55%	

ORDRE	SIREN	NATURE	NOM	VILLE	TOTAL 2006	Cumul 2006	% Cumul 2006	TOTAL 2005	Cumul 2005	% Cumul 2005	Evol 2005/2006	Obs (*)
46	340 234 962	Assurance	AGF vie	PARIS	130 058 262	13 518 708 267	51,88%	109 568 053	12 475 733 187	50,99%	18,70%	
47	781 166 293	Mutuelle	SMATIS France	ANGOULÈME CEDEX	126 689 726	13 645 397 993	52,37%	134 281 024	12 610 014 211	51,54%	-5,65%	
48	784 718 256	Mutuelle	Groupe Médéric - Médéric mutualité	PARIS CEDEX 09	124 135 836	13 769 533 829	52,85%	114 430 521	12 724 444 732	52,01%	8,48%	
49	429 026 453	Mutuelle	Groupe Harmonie - Touraine mutualiste	TOURS CEDEX	122 920 656	13 892 454 485	53,32%	112 034 389	12 836 479 121	52,47%	9,72%	
50	434 949 319	Mutuelle	Mutuelle Atlantique	NANTES CEDEX 02	120 114 811	14 012 569 296	53,78%	110 391 684	12 946 870 805	52,92%	8,81%	
51	382 285 260	Assurance	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	OLIVET	118 516 677	14 131 085 973	54,23%	114 226 587	13 061 097 392	53,39%	3,76%	
52	784 442 915	Mutuelle	Mutuelle familiale	PARIS	113 438 426	14 244 524 399	54,67%	111 581 651	13 172 679 043	53,84%	1,66%	
53	602 062 481	Assurance	SA Fédération continentale	PARIS	112 396 850	14 356 921 249	55,10%	118 620 057	13 291 299 100	54,33%	-5,25%	
54	340 427 525	Assurance	GAN Eurocourtage Vie	PARIS-LA-DEFENSE CEDEX	111 721 564	14 468 642 813	55,53%	108 080 934	13 399 380 034	54,77%	3,37%	
55	779 838 366	Assurance	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	LYON	111 505 047	14 580 147 860	55,96%	107 189 720	13 506 569 754	55,21%	4,03%	
56	423 406 339	Mutuelle	Sphéria-Val-de-France	ORLEANS CEDEX 01	110 431 619	14 690 579 479	56,38%	110 885 894	13 617 455 648	55,66%	-0,41%	
57	381 374 123	Mutuelle	Société mutualiste Malakoff - SMM	SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES CEDEX	109 910 837	14 800 490 316	56,80%	109 723 023	13 727 178 671	56,11%	0,17%	
58	351 272 729	IP	IONIS prévoyance	BOULOGNE-BILLANCOURT CEDEX	108 284 707	14 908 775 023	57,22%	90 768 301	13 817 946 972	56,48%	19,30% (*)	
59	775 671 993	Mutuelle	Groupe Harmonie - Mutuelle bleue	PARIS CEDEX 08	108 211 086	15 016 986 109	57,63%	102 763 531	13 920 710 503	56,90%	5,30%	
60	329 233 266	IP	Groupe APRI - APRI prévoyance	BLOIS CEDEX 09	100 712 469	15 117 698 578	58,02%	95 426 172	14 016 136 675	57,29%	5,54%	
61	384 268 413	IP	AUDIENS prévoyance	VANVES CEDEX	97 887 028	15 215 585 606	58,40%	77 738 572	14 093 875 247	57,61%	25,92% (*)	
			MGPAT - Mutuelle générale des préfectures et de l'administration territoriale	TOULOUSE CEDEX	97 006 363	15 312 591 969	58,77%	87 957 660	14 181 832 907	57,97%		
62	775 685 365	Mutuelle	Mutuelle Prévanor	VALENCIENNES	96 768 025	15 409 359 994	59,14%	95 738 908	14 277 571 815	58,36%	10,29%	
63	775 627 391	Mutuelle	Mutuelle Arc-en-Ciel	SAINT-QUENTIN	95 575 283	15 504 935 277	59,51%	92 336 578	14 369 908 393	58,74%	1,07%	
64	442 404 588	Mutuelle	IPECA prévoyance	PARIS CEDEX 15	95 160 922	15 600 096 199	59,87%	94 561 167	14 464 469 560	59,12%	3,51%	
65	384 496 493	IP	GROUPAMA Centre-Atlantique	NIORT	93 100 095	15 693 196 294	60,23%	88 992 508	14 553 462 068	59,49%	0,63%	
66	381 043 686	Assurance	Mutuelle de l'armée de l'air	BOULOGNE-BILLANCOURT CEDEX	91 906 428	15 785 102 722	60,58%	84 762 124	14 638 224 192	59,83%	4,62%	
67	784 338 675	Mutuelle	MAI - Mutuelle des agents des impôts	LE MANS CEDEX 09	91 878 605	15 876 981 327	60,93%	87 325 697	14 725 549 889	60,19%	8,43%	
68	383 853 801	Assurance	Eovi - Mutuelle Drôme ARPICA	PARIS CEDEX 13	91 871 337	15 968 852 664	61,29%	90 209 135	14 815 759 024	60,56%	5,21%	
69	341 230 381	Mutuelle	GROUPAMA Centre-Manche	VALENCE CEDEX	88 650 048	16 057 502 712	61,63%	86 214 047	14 901 973 071	60,91%	1,84%	
70	434 806 089	Mutuelle									2,83%	

ORDRE	SIREN	NATURE	NOM	VILLE	TOTAL 2006	Cumul 2006	% Cumul 2006	TOTAL 2005	Cumul 2005	% Cumul 2005	Evol 2005/2006	Obs (*)
71	776 531 667	Mutuelle	Mutuelle Existence	LYON CEDEX 07	86 833 282	16 144 335 994	61,96%	88 856 366	14 990 829 437	61,27%	-2,28%	
72	784 621 476	Mutuelle	Mutuelle civile de la Défense	PARIS CEDEX 15	86 399 435	16 230 735 429	62,29%	85 622 982	15 076 452 419	61,62%	0,91%	
73	339 358 681	Mutuelle	Groupe APRI - Mutuelle d'accueil et de prévoyance interprofessionnelle	BLOIS CEDEX 09	85 587 360	16 316 322 789	62,62%	78 972 514	15 155 424 933	61,95%	8,38%	
74	379 718 653	Mutuelle	MNPAF - Mutuelle nationale des personnels Air France	ROISSY CDG CEDEX	84 705 250	16 401 028 039	62,94%	84 134 836	15 239 559 769	62,29%	0,68%	
75	383 987 625	Assurance	GROUPAMA Nord-Est	REIMS CEDEX 02	84 305 299	16 485 333 338	63,27%	82 531 156	15 322 090 925	62,63%	2,15%	
76	401 095 146	IP	CAPAVES prévoyance	SARCELLES CEDEX	84 136 944	16 569 470 282	63,59%	78 871 209	15 400 962 134	62,95%	6,68%	
77	384 839 544	Mutuelle	Mutuelle Prévéa	ARRAS CEDEX	82 351 945	16 651 822 227	63,91%	72 840 371	15 473 802 505	63,25%	13,06%	
78	414 261 032	Mutuelle	MNAM - Mutuelle nationale aviation marine	PARIS	80 974 791	16 732 797 018	64,22%	76 771 604	15 550 574 109	63,56%	5,47%	
79	775 595 838	Mutuelle	CCMIHA - Caisse chirurgicale mutualiste de l'Isère et des Hautes-Alpes	GRENOBLE CEDEX 02	80 785 936	16 813 582 954	64,53%	77 968 101	15 628 542 210	63,88%	3,61%	
80	340 359 900	Mutuelle	Mutuelle Intégrance	PARIS	79 562 425	16 893 145 379	64,83%	75 071 234	15 703 613 444	64,19%	5,98%	
81	781 337 266	Mutuelle	Mutuelle des arts et métiers - SMAM	LA ROCHELLE	79 367 427	16 972 512 806	65,14%	69 927 597	15 773 541 041	64,47%	13,50%	
82	442 574 166	Mutuelle	Union nationale de prévoyance de la mutualité française - UNPMF	PARIS CEDEX 15	79 076 767	17 051 589 573	65,44%	35 301 771	15 808 842 812	64,62%	124,00%	(*)
83	351 175 153	Mutuelle	Groupe Harmonie - Mutuelle de Vendée	LA ROCHE-SUR-YON CEDEX 09	78 293 677	17 129 883 250	65,74%	76 612 743	15 885 455 555	64,93%	2,19%	
84	775 678 550	Mutuelle	MGC - Mutuelle générale des cheminots	PARIS CEDEX 13	77 236 277	17 207 119 527	66,04%	72 757 356	15 958 212 911	65,23%	6,16%	
85	379 906 753	Assurance	GROUPAMA Grand-Est	DIJON CEDEX	76 408 671	17 283 528 198	66,33%	70 896 445	16 029 109 356	65,52%	7,78%	
86	351 962 949	Mutuelle	Groupe Harmonie - Mutuelle de l'Anjou	ANGERS CEDEX 01	76 002 711	17 359 530 909	66,62%	74 911 540	16 104 020 896	65,82%	1,46%	
87	410 241 657	Assurance	Groupe AG2R - Arial assurances	LILLE CEDEX 09	75 498 062	17 435 028 971	66,91%	44 889 753	16 148 910 649	66,01%	68,19%	
88	399 530 591	IP	Groupe MV4Parunion - Haussmann prévoyance	PARIS	72 674 982	17 507 703 953	67,19%	60 201 050	16 209 111 699	66,25%	20,72%	
89	784 492 084	Mutuelle	Groupe France mutuelle	PARIS CEDEX 11	70 871 807	17 578 575 760	67,46%	67 162 494	16 276 274 193	66,53%	5,52%	
90	353 208 010	Mutuelle	Prémalliance - Prado mutuelle	MARSEILLE CEDEX 20	70 401 829	17 648 977 589	67,73%	61 090 343	16 337 364 536	66,78%	15,24%	(*)
91	784 227 894	Mutuelle	Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'AP, des administrations annexes	PARIS	68 595 613	17 717 573 202	68,00%	66 121 740	16 403 486 276	67,05%	3,74%	
92	775 641 681	Mutuelle	La mutuelle de l'Est	STRASBOURG CEDEX	67 933 615	17 785 506 817	68,26%	62 523 294	16 466 009 570	67,30%	8,65%	
93	780 508 073	Mutuelle	CCMO mutuelle - Caisse chirurgicale et médicale de l'Oise	BEAUVAIS CEDEX	67 762 453	17 853 269 270	68,52%	58 912 805	16 524 922 375	67,54%	15,02%	

ORDRE	SIREN	NATURE	NOM	VILLE	TOTAL 2006	Cumul 2006	% Cumul 2006	TOTAL 2005	Cumul 2005	% Cumul 2005	Evol 2005/2006	Obs (*)
94	782 395 511	Mutuelle	Mutuelles du Soleil	NICE CEDEX 01	65 172 491	17 918 441 761	68,77%	97 200 384	16 622 122 759	67,94%	-32,95%	(*)
95	775 671 969	Mutuelle	Centre mutualiste du personnel de la RATP	PARIS CEDEX 12	63 937 635	17 982 379 396	69,01%	57 589 796	16 679 712 555	68,18%	11,02%	
96	784 647 299	Mutuelle	MPA - Mutuelle Professionnelle de l'automobile	PARIS CEDEX 16	63 595 757	18 045 975 153	69,26%	59 686 442	16 739 398 997	68,42%	6,55%	
97	776 466 963	Mutuelle	Mutuelle nationale des caisses d'épargne	REIMS CEDEX 02	63 562 522	18 109 537 675	69,50%	55 798 863	16 795 197 860	68,65%	13,91%	
98	775 915 184	Mutuelle	Unilia santé prévoyance	NIMES CEDEX 09	62 247 051	18 171 784 726	69,74%	56 086 906	16 851 284 766	68,88%	10,98%	
99	342 954 690	Assurance	Legal and général - Risques divers	PARIS CEDEX 09	61 647 465	18 233 432 191	69,98%	50 052 815	16 901 337 581	69,08%	23,16%	
100	775 709 710	Mutuelle	SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	NIORT CEDEX 09	61 419 100	18 294 851 291	70,21%	52 518 409	16 953 855 990	69,30%	16,95%	

Total assiette 2006 (990 OC)
26 056 273 896

Total assiette 2005 (1 073 OC)
24 465 153 255

(*) Le Fonds a eu connaissance de mouvements d'absorption ayant touché ces organismes

Annexe 14

LES 70 ORGANISMES D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DECLARANT LE PLUS GRAND NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE LA CMU-C ET DE L'ACS EN 2006

CMU - C						ACS					
NOM	Nature	T4 06	Cumul	% Cumul	Classement	Nature	Gestion CMU	NOM	T4 06	Cumul	% Cumul
MAAF santé	Mutuelle	75 084	75 084	12,31	1	Mutuelle	Oui	MAAF santé	12 328	12 328	5,12
Préviade-Mutouest	Mutuelle	35 790	110 874	18,17	2	Mutuelle	Oui	Imadiès	8 769	21 097	8,77
MPAS - Mutuelle populaire d'action sociale	Mutuelle	28 946	139 820	22,92	3	Mutuelle	Non	Mutuelle Intégrance	8 505	29 602	12,30
Imadiès	Mutuelle	26 400	166 220	27,25	4	Mutuelle	Oui	Préviade-Mutouest	8 400	38 002	15,79
MIP - Mutuelle interprofessionnelle de prévoyance	Mutuelle	19 547	185 767	30,45	5	Assurance	Oui	SwissLife prévoyance et santé	7 242	45 244	18,80
SwissLife prévoyance et santé	Assurance	18 850	204 617	33,54	6	Mutuelle	Oui	MACIF mutualité	6 927	52 171	21,68
Eovi - Mutuelle Drôme ARPICA	Mutuelle	18 549	223 166	36,58	7	Assurance	Oui	AXA France vie - Direction technique santé individuelle	5 774	57 945	24,08
MGPS - Mutuelle générale de prévoyance sociale	Mutuelle	18 095	241 261	39,55	8	Mutuelle	Non	Mutuelle des arts et métiers - SMAM	5 222	63 167	26,25
AGF IART - Assurances générales de France	Assurance	17 945	259 206	42,49	9	Assurance	Oui	AGF IART - Assurances générales de France	5 119	68 286	28,37
AXA France vie - Direction technique santé individuelle	Assurance	14 980	274 186	44,95	10	Assurance	Oui	MMA IARD	4 666	72 952	30,31
MMA IARD	Assurance	12 588	286 774	47,01	11	Mutuelle	Oui	Mutuelle Océane	3 594	76 546	31,81
MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	Mutuelle	11 689	298 463	48,92	12	Assurance	Non	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	3 526	80 072	33,27
Mutuelle Atlantique	Mutuelle	11 119	309 582	50,75	13	Assurance	Oui	AVIVA Assurances	3 442	83 514	34,70
Mutuelle Océane	Mutuelle	11 014	320 596	52,55	14	Mutuelle	Oui	MGSR - Mutuelle générale santé de la Réunion	3 402	86 916	36,12
Groupe Harmonie - Touraine mutualiste	Mutuelle	10 124	330 720	54,21	15	Mutuelle	Non	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	3 013	89 929	37,37
BTP prévoyance - CNPBTP	IP	9 655	340 375	55,80	16	Mutuelle	Oui	Mutuelle Saint-Martin	2 920	92 849	38,58
Assurances du crédit mutuel - IARD SA	Assurance	9 645	350 020	57,38	17	Mutuelle	Non	Les ménages prévoyants	2 533	95 382	39,63
Eovi - Mutuelle Présence	Mutuelle	9 218	359 238	58,89	18	IP	Oui	BTP prévoyance - CNPBTP	2 471	97 853	40,66
Groupe Harmonie - Mutuelle bleue	Mutuelle	9 146	368 384	60,39	19	Mutuelle	Oui	Eovi - Mutuelle Présence	2 364	100 217	41,64

CMU - C						ACS					
NOM	Nature	T4 06	Cumul	% Cumul	Classement	Nature	Gestion CMU	NOM	T4 06	Cumul	% Cumul
MNT - Mutuelle nationale territoriale	Mutuelle	8 836	377 220	61,83	20	Mutuelle	Oui	Groupe Harmonie - Touraine mutualiste	2 244	102 461	42,57
MG - Mutuelle générale	Mutuelle	8 319	385 539	63,20	21	Assurance	Oui	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	2 084	104 545	43,44
MACIF mutualité	Mutuelle	7 669	393 208	64,46	22	Mutuelle	Non	Unilia santé prévoyance	2 082	106 627	44,31
AVIVA Assurances	Assurance	7 401	400 609	65,67	23	Mutuelle	Oui	Eovi - Mutuelle Drôme ARPICA	2 062	108 689	45,16
MUTI - MIM - Mutuelle interprofessionnelle de Basse-Normandie	Mutuelle	6 871	407 480	66,80	24	Mutuelle	Non	Mutuelle Prévanor	2 056	110 745	46,02
MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	Mutuelle	6 578	414 058	67,87	25	Mutuelle	Oui	Mutuelle Atlantique	2 026	112 771	46,86
Sphéria-Val-de-France	Mutuelle	6 562	420 620	68,95	26	Mutuelle	Non	Mutuelles du Soleil	1 984	114 755	47,68
Eovi - Mutuelle Arpica	Mutuelle	6 334	426 954	69,99	27	Mutuelle	Non	Mutuelle Prévée	1 977	116 732	48,50
Les mutuelles de l'Ain	Mutuelle	5 593	432 547	70,90	28	Mutuelle	Oui	Groupe Harmonie - Mutuelle bleue	1 929	118 661	49,31
Mutuelle Unio	Mutuelle	5 495	438 042	71,80	29	Mutuelle	Non	Mutuelle familiale	1 894	120 555	50,09
Releya	Mutuelle	5 385	443 427	72,69	30	Mutuelle	Oui	Sphéria-Val-de-France	1 753	122 308	50,82
SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	Mutuelle	5 260	448 687	73,55	31	Mutuelle	Non	Mutuelle générale de la Méditerranée	1 656	123 964	51,51
Groupe Harmonie - Mutuelle de l'Anjou	Mutuelle	4 835	453 522	74,34	32	IP	Oui	CAPAVES prévoyance	1 566	125 530	52,16
Suravenir assurances	Assurance	4 668	458 190	75,11	33	Mutuelle	Oui	SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	1 544	127 074	52,80
Groupe Harmonie - Mutuelle de Vendée	Mutuelle	4 444	462 634	75,84	34	Mutuelle	Oui	MNT - Mutuelle nationale territoriale	1 483	128 557	53,42
Mutuelle Existence	Mutuelle	4 393	467 027	76,56	35	Mutuelle	Oui	Société mutuelle mieux-être (SMME)	1 457	130 014	54,02
GROUPAMA d'Oc	Assurance	4 277	471 304	77,26	36	Mutuelle	Oui	SMATIS France	1 431	131 445	54,62
Mutuelles santé plus	Mutuelle	4 235	475 539	77,95	37	Mutuelle	Oui	Mutuelles santé plus	1 429	132 874	55,21
CCMIHA - Caisse chirurgicale mutualiste de l'Isère et des Hautes-Alpes	Mutuelle	3 714	479 253	78,56	38	Mutuelle	Non	Mutuelle Oréade	1 402	134 276	55,79
GROUPAMA Loire-Bretagne	Assurance	3 429	482 682	79,12	39	Mutuelle	Oui	Releya	1 400	135 676	56,38
Groupe Radiance - Radiance Rhône-Alpes	Mutuelle	3 421	486 103	79,68	40	Mutuelle	Oui	Eovi - Novalia mutuelle	1 388	137 064	56,95
Mutuelle MGTI	Mutuelle	3 231	489 334	80,21	41	Mutuelle	Non	Mutuelle SMI	1 360	138 424	57,52
MUPAS - Mutuelle complémentaire et de prévoyance des assurés sociaux	Mutuelle	3 199	492 533	80,74	42	Assurance	Non	GAN vie	1 347	139 771	58,08
GROUPAMA Grand-Est	Assurance	3 106	495 639	81,25	43	Mutuelle	Oui	MUTI - MIM - Mutuelle interprofessionnelle de Basse-Normandie	1 263	141 034	58,60
SMENO - Société mutualiste des étudiants du Nord-Ouest	Mutuelle	3 029	498 668	81,74	44	Assurance	Oui	AXA Assurances vie mutuelles - Direction technique santé individuelle	1 262	142 296	59,13

CMU - C						ACS					
NOM	Nature	T4 06	Cumul	% Cumul	Classement	Nature	Gestion CMU	NOM	T4 06	Cumul	% Cumul
Groupe Radiance - SMP	Mutuelle	2 924	501 592	82,22	45	Mutuelle	Oui	Groupe Harmonie - Mutuelle de l'Anjou	1 250	143 546	59,65
SMATIS France	Mutuelle	2 901	504 493	82,70	46	Mutuelle	Oui	Mutuelle santé atlantique	1 245	144 791	60,16
GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	Assurance	2 714	507 207	83,14	47	Mutuelle	Oui	UMS - Union mutualité solidarité	1 227	146 018	60,67
Eovi - Novalia mutuelle	Mutuelle	2 590	509 797	83,57	48	Mutuelle	Oui	MG - Mutuelle générale	1 193	147 211	61,17
Groupe Harmonie - Mutuelle du Cher	Mutuelle	2 570	512 367	83,99	49	Mutuelle	Oui	Mutuelle Unio	1 191	148 402	61,66
Mutuelle interprofessionnelle Guadeloupe-Guyane	Mutuelle	2 564	514 931	84,41	50	Mutuelle	Non	Mutuelle Arc-en-Ciel	1 185	149 587	62,16
Eovi - Roanne mutuelle	Mutuelle	2 528	517 459	84,82	51	Assurance	Oui	GROUPAMA d'Oc	1 171	150 758	62,64
Mutuelle Myriade	Mutuelle	2 521	519 980	85,24	52	Mutuelle	Non	Eovi - Languedoc mutualité	1 149	151 907	63,12
Eovi - Mutuelle interprofessionnelle et familiale du Puy-de-Dôme (MIF)	Mutuelle	2 505	522 485	85,65	53	Mutuelle	Non	CCMO mutuelle - Caisse chirurgicale et médicale de l'Oise	1 149	153 056	63,60
Les mutuelles savoyardes	Mutuelle	2 464	524 949	86,05	54	Mutuelle	Oui	Mutuelle Existence	1 142	154 198	64,07
MGEL - Mutuelle générale des étudiants de l'Est	Mutuelle	2 452	527 401	86,45	55	Mutuelle	Oui	Les mutuelles de l'Ain	1 133	155 331	64,54
GROUPAMA Sud	Assurance	2 323	529 724	86,83	56	Mutuelle	Oui	Groupe Harmonie - Mutuelle de Vendée	1 111	156 442	65,00
Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'AP, des administrations annexes	Mutuelle	2 224	531 948	87,20	57	Mutuelle	Non	Mutuelle Unité fraternelle des régions - UFR	1 062	157 504	65,45
Groupe Vauban Humanis - SMISO											
Mutuelle - Société mutualiste interprofessionnelle	Mutuelle	2 172	534 120	87,55	58	Assurance	Oui	Suravenir assurances	1 053	158 557	65,88
Mutuelle familiale du Loir-et-Cher	Mutuelle	1 886	536 006	87,86	59	Mutuelle	Oui	Eovi - Mutuelle Arpica	1 052	159 609	66,32
AXA Assurances vie mutuelles	Assurance	1 872	537 878	88,17	60	Mutuelle	Non	Mutuelle Santévie - UMT	1 028	160 637	66,75
Mutuelle de Poitiers assurances	Assurance	1 792	539 670	88,46	61	Mutuelle	Oui	Mutuelle Myriade	1 015	161 652	67,17
Mutuelle des étudiants de Provence	Mutuelle	1 698	541 368	88,74	62	Mutuelle	Oui	Eovi - Mutuelle interprofessionnelle et familiale du Puy-de-Dôme (MIF)	1 012	162 664	67,59
GROUPAMA Centre-Atlantique	Assurance	1 692	543 060	89,02	63	Mutuelle	Oui	CCMIHA - Caisse chirurgicale mutualiste de l'Isère et des Hautes-Alpes	1 011	163 675	68,01
Société mutuelle mieux-être (SMME)	Mutuelle	1 574	544 634	89,28	64	Mutuelle	Non	Alteis mutuelles	1 008	164 683	68,43
Auvergne mutualiste	Mutuelle	1 490	546 124	89,52	65	Mutuelle	Oui	Eovi - Mutuelle du Var	999	165 682	68,84
Mutuelle familiale des travailleurs d'Eure-et-Loir	Mutuelle	1 472	547 596	89,76	66	Mutuelle	Non	Mutuelle de l'Aude	997	166 679	69,26
Mutualia Bretagne	Mutuelle	1 450	549 046	90,00	67	Mutuelle	Non	MFC - Mutuelle familiale de la Corse	962	167 641	69,66
CPSAC - Mutuelle Action	Mutuelle	1 330	550 376	90,22	68	Mutuelle	Oui	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé	962	168 603	70,06
Assurances du crédit mutuel - Nord IARD	Assurance	1 329	551 705	90,44	69	Mutuelle	Non	Mutuelle La roussillonnaise	928	169 531	70,44

CMU - C						ACS					
NOM	Nature	T4 06	Cumul	% Cumul	Classement	Nature	Gestion CMU	NOM	T4 06	Cumul	% Cumul
Mutuelle générale de la Corse	Mutuelle	1 311	553 016	90,65%	70	Mutuelle	Non	Prémalliance - Prado mutuelle	900	170 431	70,82%
Total 240 OC déclarant des bénéficiaires de la CMU C sur le T4 06		610 045						Total 581 OC déclarant des bénéficiaires de l'ACS sur le T4 06	240 664		