



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2011

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

L'ensemble des thèmes abordés dans ce rapport, des données statistiques plus détaillées ainsi que les documents auxquels il est fait référence, sont disponibles sur le site du Fonds CMU :

www.cmu.fr

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

Contact Liens Mémo Plan du site

Le Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité 2011 est paru. Vous pourrez consulter dans ce

La CMU et vous

Vous êtes concernés par la CMU ou l'ACS et vous recherchez une information pratique et directement accessible. Pour tout savoir sur vos droits et vous permettre d'en bénéficier :

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

Vos démarches en pratique

La documentation CMU

Pour approfondir votre connaissance de la CMU ou de l'ACS, disposer de toutes les informations, études et chiffres clés, entrez dans la base documentaire du Fonds CMU :

- 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" :

Accès réservés

Fonds CMU © 2004 tous droits réservés www.cmu.fr - Mentions légales - Réalisation : IciPlanet

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
AVANT PROPOS	6
1. Une prise en charge croissante dans un contexte de crise économique qui se poursuit	8
1.1. L'évolution modérée du nombre de bénéficiaires de la CMU-C	8
1.1.1. Une augmentation significative sur le premier semestre 2011	8
1.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C	9
1.1.3. La santé des bénéficiaires de la CMU-C	16
1.1.4. La rotation des bénéficiaires de la CMU-C dans le dispositif	18
1.2. La progression sensible du nombre de bénéficiaires de l'ACS	20
1.2.1. Une augmentation conforme aux attentes	21
1.2.2. Une hausse quasi proportionnelle du nombre d'utilisateurs	25
1.2.3. Les aides supplémentaires mises en place par les CPAM	26
1.2.4. Le rapport prix/contenu et le reste à charge sur prestations	27
1.2.5. Les données comparatives ACS et CMU-C par département	29
1.3. La baisse importante des effectifs de la CMU de base	34
1.3.1. Une diminution régulière des effectifs	34
1.3.2. La répartition par régime d'attribution	37
1.3.3. La baisse du non recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806	38
1.3.4. L'amélioration dans la connaissance du dispositif : typologie des bénéficiaires et durée d'affiliation	41
2. Les dépenses qui progressent raisonnablement	43
2.1. Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C	43
2.1.1. Le montant des dépenses globales	43
2.1.2. Le coût moyen	45
2.1.3. Focus sur les dépenses des bénéficiaires du régime général	48
2.1.4. Le taux de recours aux consultations externes à l'hôpital	50
2.2. Le coût global de l'ACS	51
2.2.1. Un coût annuel qui reste faible	51
2.2.2. La dépense moyenne par bénéficiaire	51
3. Les comptes du Fonds CMU	53
3.1. Un ralentissement confirmé dans la progression du chiffre d'affaires des organismes complémentaires	53
3.1.1. Une évolution globale modérée	53
3.1.2. Des évolutions proches entre familles d'OC	55
3.1.3. Un secteur en évolution permanente	55

3.2.	Le résultat des comptes du Fonds CMU	59
3.2.1.	Les changements de méthodes de comptabilisation	59
3.2.2.	Un résultat toujours excédentaire	59
3.2.3.	Une trésorerie insuffisante.....	62
4.	Les activités du Fonds CMU	65
4.1.	Le Vème rapport d'évaluation de la loi CMU	65
4.2.	Les indicateurs LOLF et PQE	69
4.2.1.	La participation à la fourniture des indicateurs du programme 183 de la loi de finances	69
4.2.2.	Les indicateurs du programme de qualité et d'efficience « maladie ».	78
4.3.	Les refus de soins et le testing en milieu rural	80
4.3.1.	Les objectifs et la méthodologie	80
4.3.2.	Les professionnels de santé testés	81
4.3.3.	Les résultats	81
4.4.	La liste des organismes gérant la CMU-C.....	85
4.5.	Les contrôles : assiette et bénéficiaires	86
4.5.1.	Une priorité en 2011 : le contrôle de l'assiette taxe / contribution	86
4.5.2.	Le contrôle des bénéficiaires CMU-C et de l'ACS déclarés par les OC	87
4.6.	Les opérations de rapprochement.....	88
4.7.	Les études du Fonds CMU.....	89
4.7.1.	L'étude avec le CETAF sur le non recours aux soins	89
4.7.2.	Les restes à charge et la révision du panier de soins CMU-C.....	95
4.7.3.	La poursuite du partenariat avec les associations	98
4.7.4.	Le rôle des CCAS et des hôpitaux dans l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C	99
4.8.	La communication du Fonds.....	102

LISTE DES ANNEXES	104
ANNEXE 1 : LES MISSIONS DU FONDS CMU	105
ANNEXE 2 : PRÉSENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS	107
ANNEXE 3 : PRINCIPAUX TEXTES RELATIFS AU FONDS CMU, À LA CMU ET À L'ACS EN 2011	111
ANNEXE 4 : CONSEIL D'ADMINISTRATION	116
ANNEXE 5 : CONSEIL DE SURVEILLANCE	117
ANNEXE 6 : ORGANIGRAMME DU FONDS CMU	119
ANNEXE 7 : L'ACTUALITÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTE	120
ANNEXE 8 : LISTE DES 100 PREMIERS OC CLASSÉS PAR CHIFFRE D'AFFAIRES SANTÉ	127
ANNEXE 9 : ANNUAIRE STATISTIQUE	132

AVANT PROPOS

S'il est une tradition que je me dois de respecter, pour écrire les premières lignes de cet avant propos, c'est bien celle de rendre hommage à tous les agents du Fonds CMU. Ceux-ci tout au long de cette année 2011 n'ont ménagé ni leur peine ni leurs efforts pour remplir les nombreuses missions confiées à cet Établissement Public Administratif de l'État qu'est le Fonds CMU. Je note d'ailleurs que le nombre desdites missions suit une courbe uniformément ascendante. Qu'ils reçoivent ici l'expression de mes profonds et très sincères remerciements.

Je commencerais cet avant propos en parlant du travail le plus lourd et le plus important qui a mobilisé le Fonds sur toute l'année 2011. Il s'agit de l'élaboration du Vème Rapport d'évaluation de la loi CMU. Dans un souci de simplification, les rapports d'évaluation des Lois sont désormais faits une seule fois au bout de 2 ou 3 ans. Seules quelques lois ont vu maintenu des rapports périodiques. La loi CMU en fait partie. Ceci montre bien l'importance capitale de ce dispositif créé en 1999.

Alors que nous traversons une crise économique d'une ampleur inégalée, la Loi CMU demeure plus que jamais et dans toutes ses composantes, un facteur déterminant dans la réduction des inégalités de santé. Les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS contribuent à limiter le renoncement aux soins des populations les plus fragiles. La DSS et la DREES ont organisé sur le sujet du renoncement aux soins un colloque en novembre 2011, qui a connu un écho certain. Le Fonds CMU a largement participé à l'organisation de ce colloque et y est intervenu pour présenter plusieurs de ses travaux.

Je ne développerai pas en détail toutes les analyses et propositions que nous avons été conduits à faire, au long des 313 pages du rapport d'évaluation, mais il est au moins deux points sur lesquels je voudrais insister.

En premier lieu le sujet des restes à charge. Dans le cadre des débats sur les dépassements d'honoraires, les restes à charge ont été en 2011 et seront en 2012 un sujet majeur. Alors qu'en théorie le reste à charge doit être nul pour les bénéficiaires de la CMU-C, des études de la CNAMTS et du Fonds CMU, montrent que ce n'est pas le cas. L'optique, avant le dentaire, étant le point le plus préoccupant. Le rapport propose donc que soit réexaminé le panier de soins optique qui est invariant depuis l'origine. C'était il y a treize ans.

En second lieu le problème du plafond de ressources de la CMU-C. Le seuil de pauvreté est défini par l'INSEE en référence au revenu médian, généralement 60 %. A la création de la loi, en 2000, on retint le niveau de 50 %, qui plus est le plafond retenu finalement n'en faisait que 88 %. Douze années plus tard la situation s'est aggravée pour une raison simple à comprendre, le plafond est revalorisé comme les prix, soit en moyenne 2 points en dessous du revenu. Le décrochage du plafond CMU par rapport au seuil de pauvreté est ainsi posé.

Cette activité forte du Fonds CMU en 2011 ne doit pas occulter les multiples autres tâches que nous avons du accomplir.

Je commencerai par les nouveautés que nous a apporté l'année 2011, avant de poursuivre par des activités plus traditionnelles, mais qui n'en sont pas moins lourdes et importantes.

S'agissant de l'ACS, le plafond a été revalorisé au 1^{er} janvier 2011 de P + 20 % à P + 26 %. Par voie de conséquence le nombre d'attestations délivrées et utilisées a connu une forte croissance, que nous avons suivie dans le détail tout au long de l'année. En septembre 2011, avec la présentation du PLFSS, le gouvernement a décidé d'aller encore plus loin, au-delà du P + 30 % déjà fixé, pour aller jusqu'à P + 35 %. Je me félicite de cette décision à un double titre. D'abord parce que, en ces temps de crise, elle est pratiquement la seule mesure non négative du PLF et du PLFSS. En second lieu, parce qu'elle répond à une ancienne préconisation du Fonds CMU : en effet la plage de ressources au dessus du plafond CMU était trop étroite. L'ACS bénéficiait aux recalés de la CMU-C, et nombre de refus d'ACS ne dépassait que de très peu le plafond.

L'année 2011 a été celle de la transformation de la contribution des OC en Taxe. Si financièrement l'opération était neutre pour le Fonds CMU, sur le plan technique elle a exigé de notre part une très forte mobilisation, qui a pris de très nombreuses formes. Participation à l'élaboration d'une circulaire DSS, modification du bordereau récapitulatif des cotisations (BRC) des URSSAF, contrôles accrus sur les variations du chiffre d'affaire des OC, explications aux cotisants, etc.

Dans ce contexte techniquement difficile, le Fonds CMU a pu bénéficier d'une aide importante, celle du passage à l'URSSAF unique, en l'occurrence l'URSSAF de Paris. Il s'agissait d'une demande ancienne et réitérée du Fonds CMU. Il en a résulté un travail plus simple, la constitution d'un fichier unique des cotisants, un rapprochement des données déclaratives avec l'URSSAF de Paris à chaque échéance. Sur le même domaine, la mise en place d'une Taxe sur les Conventions d'Assurance au taux de 3,5 % au 1^{er} janvier 2011 a pesé sur le chiffre d'affaire des OC et donc sur les finances du Fonds. D'où une vigilance particulière sur les évolutions.

Enfin, une lourde tâche nouvelle, nous a été confiée par la Mission Nationale de Contrôle, celle de réaliser et de publier la liste de tous les OC participants à la gestion de la CMU-C.

A tous ces travaux nouveaux, se sont naturellement rajoutées les nombreuses tâches qui, si elles sont plus traditionnelles, n'en sont pas moins aussi importantes qu'indispensables.

Les publications du rapport Prix / Contenu ACS et du Rapport sur les couts moyens CMU-C, le suivi des bénéficiaires de la CMU-C et de la CMU de Base, ainsi que le suivi de leurs dépenses, l'élaboration et le renseignement des indicateurs du Programme 183 et des PQE.

A cette liste, à l'évidence non exhaustive, je tiens à rajouter l'ensemble des études initiées par le Fonds CMU, et menées en partenariat avec des CPAM, des CAF, des associations, des CES, des chercheurs.

Ces études sont une mission essentielle du Fonds CMU, car c'est par leurs enseignements que le Fonds CMU peut et doit faire vivre la Loi CMU. Il est ainsi une véritable force de propositions.

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

1. Une prise en charge croissante dans un contexte de crise économique qui se poursuit

Au 31 décembre 2011 le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est estimé, tous régimes confondus, à 3 851 634 individus en métropole et 562 713 personnes dans les départements d'outre-mer. Les effectifs qui s'élèvent au total à 4 414 347 bénéficiaires, progressent de + 2,0 % par rapport au 31 décembre 2010.

S'agissant du dispositif d'aide pour une complémentaire santé (ACS), 763 079 personnes ont bénéficié d'une attestation de droits au mois de décembre 2011, soit une progression en glissement annuel de + 20,8 %, tous régimes confondus.

La DREES et l'INSEE ont actualisé pour 2011 l'estimation du nombre de personnes potentiellement éligibles à la CMU-C et à l'ACS. Le modèle de micro - simulation INES (INSEE-Études Sociales)¹, développé en appliquant la législation relative à la CMU-C (en vigueur en 2009) à un échantillon de ménages représentatifs de la population en métropole, a estimé le nombre de foyers éligibles à la CMU-C à 2,3 millions, soit 4,6 millions d'individus. Pour l'ACS, l'exercice d'estimation a chiffré à 1,7 millions le nombre de foyers et à 3,4 millions le nombre personnes potentiellement bénéficiaires.

Pour la métropole, en rapprochant les données des principaux régimes gestionnaires avec celles de l'exercice de simulation, il ressort que près de 16 % des bénéficiaires potentiels n'auraient pas fait valoir leurs droits à la CMU-C en 2011. Pour l'ACS, le constat de non recours est plus grave puisqu'il concerne près de 78 % des bénéficiaires potentiels.

Taux de non recours des bénéficiaires potentiellement éligibles aux dispositifs CMU-C et ACS en 2011

Métropole	Bénéficiaires de la CMU-C	Bénéficiaires d'attestations ACS
Simulation INES (millions)	4,60	3,40
Données tous régimes (millions)	3,85	0,76
Taux de non recours	16%	78%

Source : tous régimes, DREES, INSEE

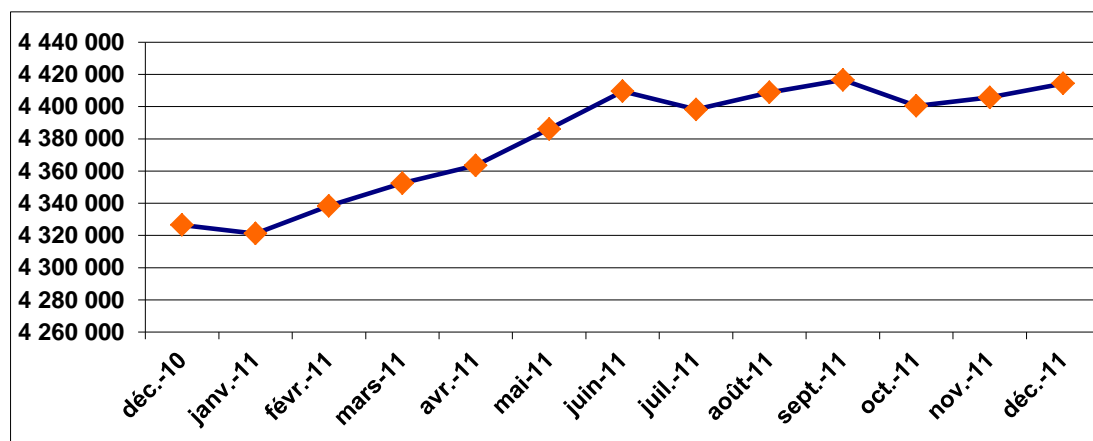
1.1. L'évolution modérée du nombre de bénéficiaires de la CMU-C

1.1.1. Une augmentation significative sur le premier semestre 2011

La progression de l'effectif CMU-C n'a pas été régulière au cours de l'année 2011. Le premier semestre a connu un taux de croissance moyen de + 3,2 %, alors qu'il n'était que de + 2,4 % au deuxième semestre.

¹ Modèle développé à l'origine par l'INSEE, au sein de la division des études sociales.

Évolution des effectifs CMU-C, estimation de décembre 2010 à décembre 2011



Source : tous régimes

La baisse sensible du nombre d'entrants explique ce phénomène en raison d'un contexte économique moins défavorable, du moins jusqu'à l'été 2011. En effet, au premier trimestre 2010 le PIB s'est redressé (+ 1,0 % en glissement annuel) entraînant un fléchissement progressif du nombre de chômeurs au sens du BIT, avec un effet décalage sur l'évolution des effectifs de la CMU-C.

Néanmoins, dans la mesure où les dernières données disponibles font apparaître sur le front de l'emploi une situation de dégradation et sachant que l'impact sur les effectifs CMU-C est enregistré avec un certain décalage, le nombre de bénéficiaires devrait continuer progressivement de s'accroître.

1.1.2. La répartition des bénéficiaires de la CMU-C

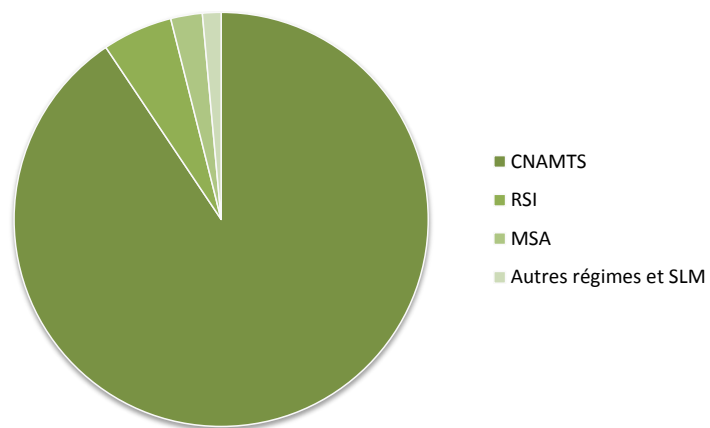
Répartition par régime

Le régime général, compte 90,6 % des effectifs de la CMU-C. Les chiffres comprennent l'ensemble des bénéficiaires déclarés aux régimes de base, que la gestion de leur CMU-C ait été confiée à un régime de base ou à un organisme complémentaire.

Les taux d'évolution entre 2010 et 2011 (au 31 décembre de chaque année) sont contrastés : + 1,3 % pour le régime général, + 13,9 % pour le RSI, - 4,4 % pour la MSA et + 17,1 % pour les autres régimes et les SLM.

Répartition par régime, effectifs Métropole et Dom, estimés au 31 décembre 2011

	Effectifs	Pourcentage
CNAMTS	3 999 398	90,6 %
RSI	242 789	5,5 %
MSA	110 359	2,5 %
Autres régimes et SLM	61 801	1,4 %
Total	4 414 347	100,0 %



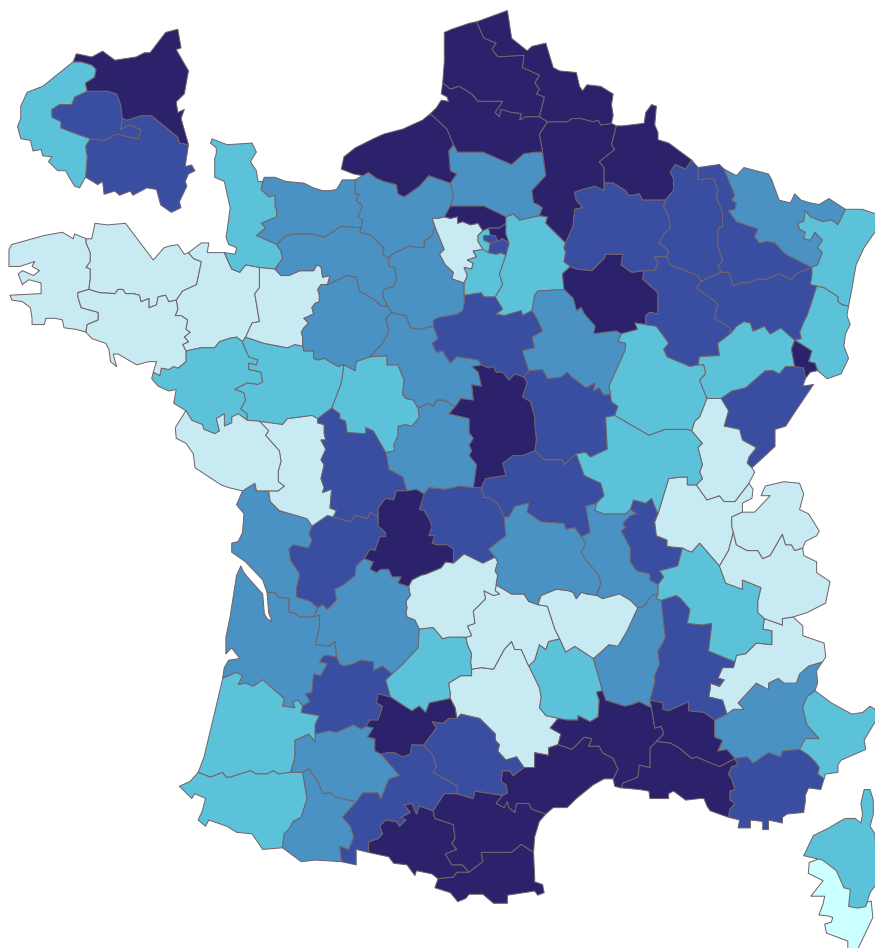
Source : tous régimes

Répartition par département

En métropole, les bénéficiaires de la CMU-C représentent 5,9 % de la population (CNAMTS, RSI, MSA) et 30,0 % dans les départements d’Outre-mer.

Les départements rassemblant les plus forts pourcentages de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud-est et la région parisienne. Les départements de la Bretagne et du Massif central présentant à l’inverse des taux inférieurs au pourcentage national.

Densité des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, par département, en Métropole, tous régimes confondus, estimation au 31 décembre 2011



Couleur	Pourcentage population				Nombre
	>=	6,4%	<=	12,0%	
	>=	5,7%	<=	6,3%	19
	>=	4,8%	<=	5,6%	20
	>=	4,2%	<=	4,7%	19
	>=	2,5%	<=	4,1%	18
					96

Source : tous régimes

En métropole, cinq départements rassemblent presque 25 % des effectifs de la CMU-C.

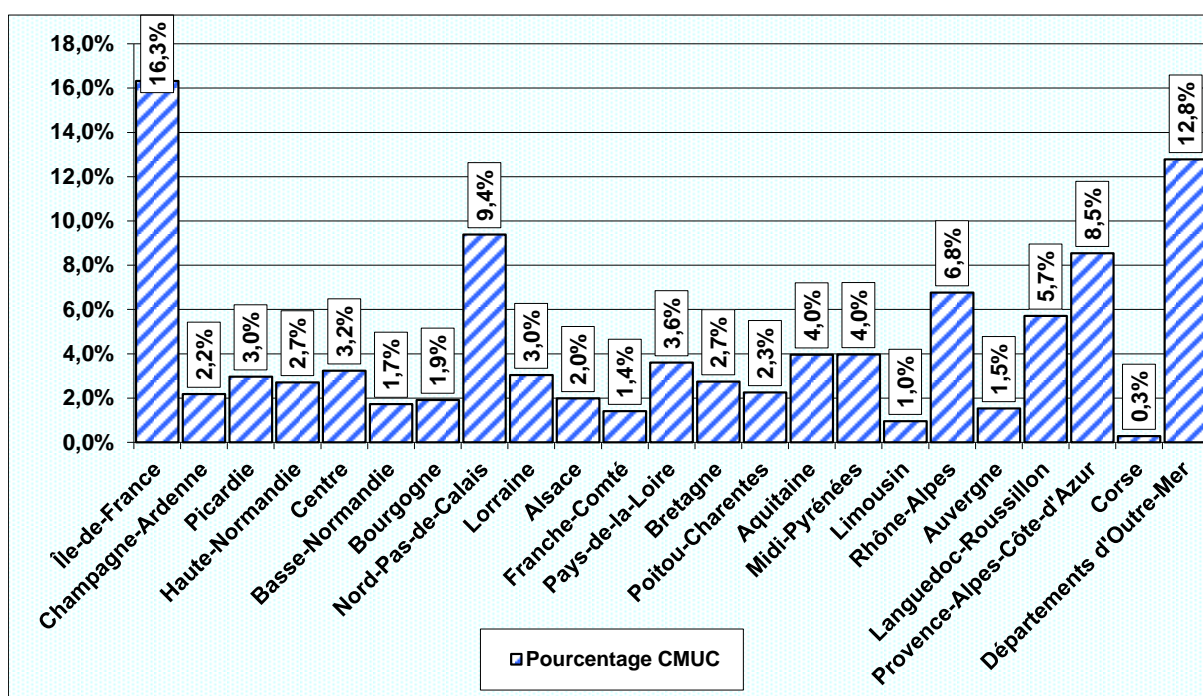
Effectifs des 5 premiers départements, en métropole, estimés au 31 décembre 2011

Rang CMUC	Département		Total CMUC
1	59	Nord	260 933
2	13	Bouches-du-Rhône	199 968
3	93	Seine-Saint-Denis	183 113
4	75	Pas-de-Calais	146 872
5	62	Paris	139 994
		Total	930 880

Répartition par région

Les régions Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Languedoc-Roussillon concentrent 45,4 % de la population et 46,7 % des effectifs de la CMU-C (pour les trois régimes CNAMTS, RSI, MSA). Avec un total de 708 662 bénéficiaires, la région Île-de-France représente 16,3 % des effectifs.

Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par région, CNAMTS, RSI, MSA, estimation au 31 décembre 2011

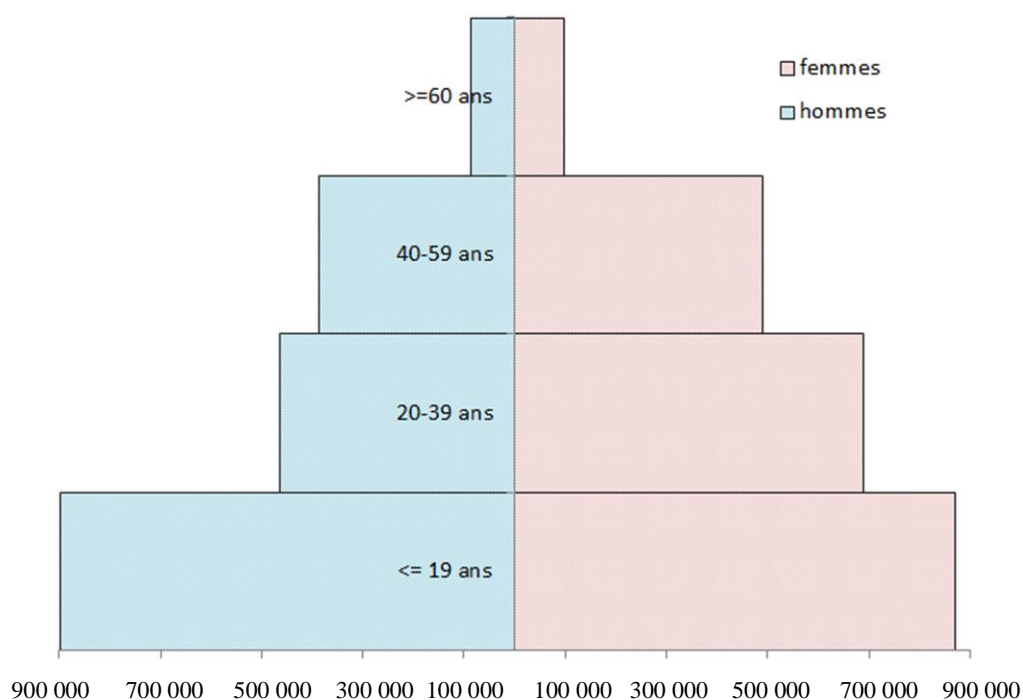


Source : CNAMTS, RSI, MSA

Répartition par tranche d'âge et par sexe

Les bénéficiaires de moins de 20 ans représentent 44,4 % des effectifs. Les deux tranches d'âges situées entre 20 et 59 ans en rassemblent 51,0 %. La faible proportion de plus de 60 ans (4,6 %) s'explique par le fait que les personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence à l'âge de la retraite se voient attribuer l'ASPA². Or, cette allocation dépasse le montant du plafond de la CMU-C, orientant ainsi ses bénéficiaires vers l'ACS.

Répartition des bénéficiaires de la CMU-C, par âge et sexe, CNAMTS, Métropole et Dom estimation au 31 décembre 2011



Source : CNAMTS

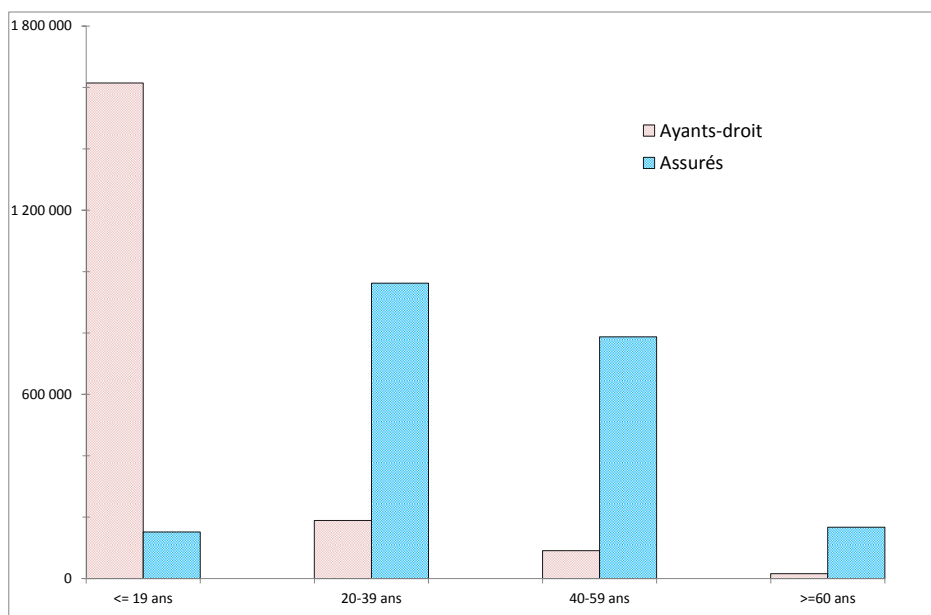
Répartition assurés/ayants-droit

Sur l'ensemble des bénéficiaires, la proportion des ayants-droits est de 47,9 %. Les femmes représentent 55,2 % des bénéficiaires assurés. Elles sont principalement âgées entre 20 et 59 ans.

Les jeunes bénéficiaires sont principalement des ayants-droit. Ils sont rattachés à des personnes des classes d'âges situées entre 20 et 59 ans, tranche d'âge où les femmes sont les plus nombreuses en tant que bénéficiaires assurées. Ainsi, la CMU-C est essentiellement une protection complémentaire maladie familiale, ces familles ayant plus souvent que d'autres la particularité d'être mono-parentales, avec une femme comme chef de famille.

² ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (742,27 € pour une personne seule au 01/04/2011).

Répartition des bénéficiaires de la CMU-C, assurés et ayants-droit, CNAMTS, Métropole et Dom estimation au 31 décembre 2011

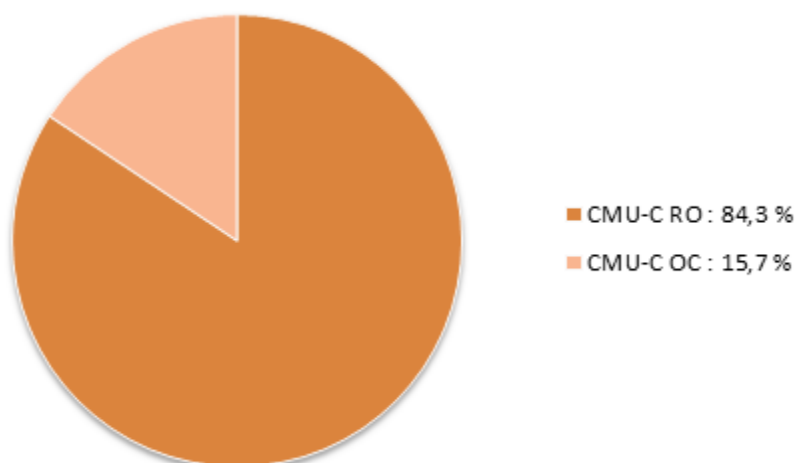


Source : CNAMTS

Répartition entre gestion par l'État et gestion par un organisme complémentaire

La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire de base, ou par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance), inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C. Tous régimes confondus, sur l'ensemble du territoire, 84,3 % des bénéficiaires choisissent la gestion par leur caisse d'Assurance Maladie. Cette proportion a diminué de 0,6 points comparé à décembre 2010 et de 2,4 points depuis 2007.

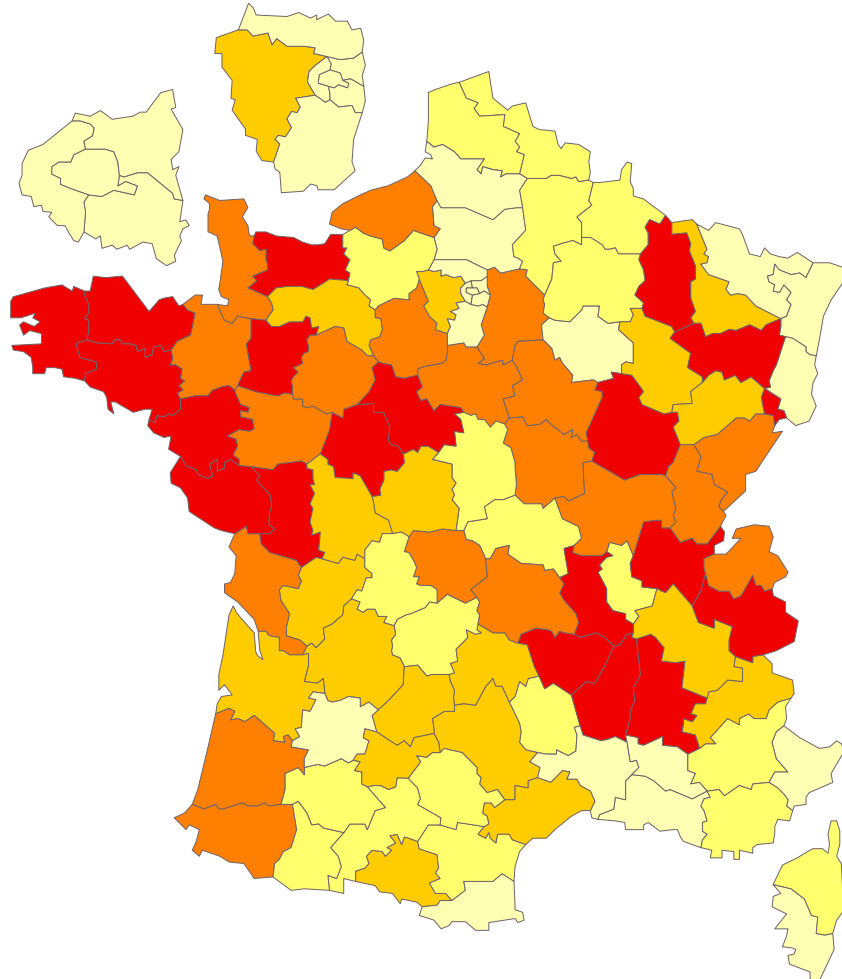
Répartition de la gestion de la CMU-C, Métropole et Dom, estimation au 31 décembre 2011



Source : CNAMTS, MSA, RSI

Comme cela a été précédemment avancé, les fortes proportions de gestion par les OC s'expliquent, soit par une plus grande tradition mutualiste dans la région, soit par des démarches spécifiquement mises en place par les caisses afin d'informer les bénéficiaires sur le droit au contrat de sortie dans l'année suivant la fin du droit à la CMU-C, lorsque celle-ci a été gérée par un OC.

Part des bénéficiaires de la CMU-C ayant choisi un OC pour gérer leurs droits par département, en Métropole, tous régimes confondus, estimation au 31 décembre 2011



	OC
Min	2,5%
Médiane	17,6%
Moyenne	20,4%
Max	61,3%

Couleur	Pourcentage OC		Nombre
	>= 29,3%	<= 61,3%	20
	>= 21,2%	< 29,3%	19
	>= 15,5%	< 21,2%	19
	>= 10,8%	< 15,5%	19
	>= 2,5%	< 10,8%	19
			96

Source : CNAMTS, RSI, MSA

1.1.3. La santé des bénéficiaires de la CMU-C

L'indicateur de santé perçue

Les bénéficiaires de la CMU-C se déclarent en plus mauvaise santé que le reste de la population.

Cet indicateur, de nature subjective, donne néanmoins un bon aperçu de la santé de la population, en englobant à la fois les aspects physiques et mentaux de la santé. Des études ont montré que la santé telle qu'elle est perçue donne une image fidèle de l'état de santé réel des populations. La santé perçue est corrélée à la mortalité (Benyamini et Idler, 1999) et à la morbidité (Ferraro, 1995).

Ainsi, depuis 2007, le Fonds CMU utilise la note moyenne de santé perçue comme sous-indicateur, versant sanitaire, de l'indice de satisfaction de l'indicateur 1 de l'objectif 1 du programme 183 de la LOLF.

Ces résultats sont extraits des données du CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé).

Ce sous-indicateur est déterminé par l'écart entre la note moyenne de santé perçue, établie par le CETAF pour les bénéficiaires de la CMU-C et la même note moyenne pour les autres consultants des centres d'examens de santé. Ces notes retracent l'état de santé des individus et leur place par rapport au système et à l'offre de soins, par une mesure de satisfaction sanitaire fondée sur la santé perçue à travers une note sur 10 (ces chiffres sont disponibles à la fin de l'année n pour l'année n-1, et sont repris dans la partie 4.2 « Les indicateurs du programme 183 de la LOLF et les indicateurs PQE » du présent rapport).

Les résultats des Enquêtes santé et protection sociale de 2006 et 2008 confirment que les bénéficiaires de la CMU-C ont un état de santé moins bon que les autres assurés. A âge et sexe équivalents, presque tous les grands groupes de pathologies sont surreprésentés chez les bénéficiaires de la CMU-C : maladies et troubles mentaux, symptômes (douleurs, toux, vertiges), maladies de l'appareil digestif, de l'oreille et du système nerveux central.

Il faut également noter la prévalence des maladies cardiovasculaires et des facteurs de risque que sont l'obésité et le tabagisme. L'obésité est 1,7 fois plus fréquente chez les bénéficiaires de la CMU-C, le taux de fumeurs est de 1,6 fois plus élevé que celui du reste de la population.

L'enquête ESPS permet également d'appréhender l'absence de recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C. Ainsi, alors que la prévalence des problèmes de vue est quasi similaire entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires, la déclaration de port de lunettes et de verres de contact est moindre pour les bénéficiaires de la CMU-C (43 % des bénéficiaires déclarent porter des lunettes contre 51 % pour le reste de la population).

Il en est de même pour les prothèses dentaires (26 % de bénéficiaires déclarent porter des prothèses contre 30 % pour le reste de la population), alors que les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus souvent des caries, qui mal soignées peuvent à terme nécessiter la pose de prothèses.

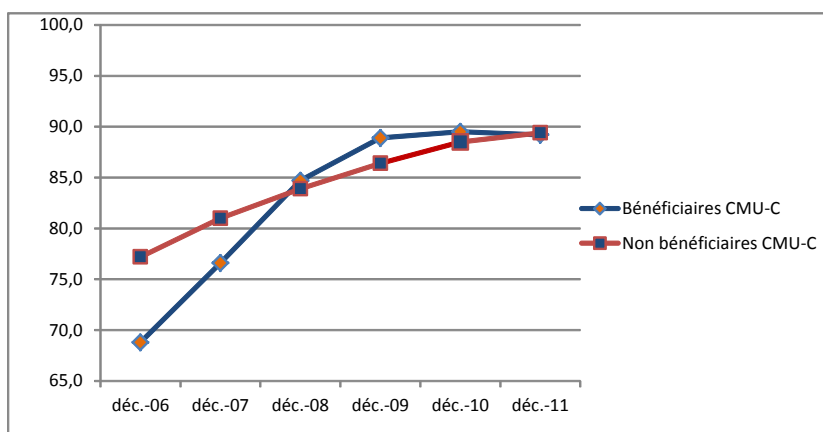
Les indicateurs de parcours de soins des bénéficiaires de la CMU-C

Les bénéficiaires de la CMU-C sont soumis, comme les autres assurés sociaux, au respect du parcours de soins instauré par la loi relative à l'Assurance Maladie du 13 août 2004. Ils doivent déclarer un médecin traitant et le consulter avant d'être dirigé vers un médecin spécialiste à accès direct non autorisé.

Les écarts de déclaration de médecin traitant entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés n'ont cessé de se resserrer depuis la mise en place du parcours de soins coordonné. A fin décembre 2011, 89,2 % des bénéficiaires de la CMU-C avaient désigné un médecin traitant (ils n'étaient que 68,8 % à fin décembre 2006), contre 89,4 % pour les non bénéficiaires de la CMU-C (données concernant le régime général).

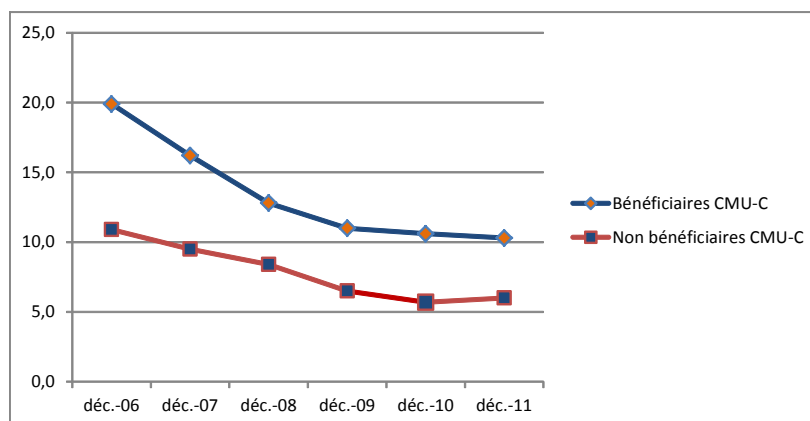
Au quatrième trimestre 2011, 10,3 % des consultations ont eu lieu hors parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 6,0 % pour les autres assurés.

Proportion de personnes ayant déclaré un médecin traitant



Source : CNAMTS

Part des visites et consultations hors parcours de soins



Source : CNAMTS

1.1.4. La rotation des bénéficiaires de la CMU-C dans le dispositif

À la demande du Fonds CMU, un groupe d'étudiants de l'EN3S a mené une étude sur le turn-over des bénéficiaires de la CMU-C auprès de la CPAM de Valence (Drôme). Cette question s'inscrit dans la continuité des études conduites précédemment par le Fonds CMU. Ainsi, depuis 2006, plusieurs études (CPAM de l'Allier et de l'Eure-2008)³ ont été diligentées dans le double objectif de mieux appréhender la population CMU-C, en particulier sous les angles sociologique et de comportement de soins et de mieux cerner le phénomène d'entrée et de sortie de la CMU-C des bénéficiaires. La finalité était d'identifier les éventuels cas de renoncements aux soins et ainsi de réfléchir aux conditions d'une meilleure couverture sociale des populations les plus précaires.

		Assurés CMU-C avec une échéance de renouvellement au 01/10/2010							
		Total		Ayant demandé un renouvellement de CMU-C		N'ayant pas demandé un renouvellement de CMU-C		N'ayant pas demandé un renouvellement de CMU-C sans explication	
Durées	Nb Mois Ancienneté CMU-C	Nb Assurés	Part	Nb Assurés	Part	Nb Assurés	Part	Nb Assurés	Part
<= 1an	12	97	11,2%	68	10,6%	28	12,6%	3	10,3%
]1an – 2ans]	24	313	36,1%	265	41,2%	47	21,1%	6	20,7%
]2ans – 3ans]	36	132	15,2%	76	11,8%	58	26,0%	10	34,5%
]3ans – 4ans]	48	64	7,4%	35	5,4%	29	13,0%	2	6,9%
]4ans – 5ans]	60	45	5,2%	31	4,8%	14	6,3%	3	10,3%
]5ans – 6ans]	72	37	4,3%	20	3,1%	17	7,6%	1	3,4%
]6ans – 7ans]	84	30	3,5%	24	3,7%	6	2,7%	2	6,9%
]7ans – 8ans]	96	21	2,4%	16	2,5%	5	2,2%	2	6,9%
]8ans – 9ans]	108	18	2,1%	12	1,9%	6	2,7%	0	0,0%
]9ans – 10ans]	120	26	3,0%	20	3,1%	6	2,7%	0	0,0%
]10ans – 11ans]	132	83	9,6%	76	11,8%	7	3,1%	0	0,0%
		866	100,0%	643	100,0%	223	100,0%	29	100,0%

Les résultats de cette étude mettent en évidence que : 70 % des bénéficiaires de la CMU-C ont fait valoir leurs droits depuis moins de 4 ans. Il est intéressant de constater, à l'inverse, que près d'un quart des bénéficiaires (24,8 %) le sont depuis plus de 5 ans et que près de 10 % bénéficient de la CMU-C depuis sa création. Ce constat peut être nuancé par les éléments de « l'étude sur la forte rotation des bénéficiaires de la CMU-C » effectuée par la CPAM de l'Allier, en 2008, indiquant qu'« En 2007... parmi [les] primo-demandeurs, soit 27 % de la population CMU-C, ... 7,5 %... bénéficiaient antérieurement du droit à la CMU-C mais en ont demandé le bénéfice après l'échéance du renouvellement ; il y a donc eu rupture du droit ». Ainsi, au-delà du bénéfice de la CMU-C sur des périodes continues, il faut tenir compte des parcours particuliers, alternant entre bénéfice et non bénéfice de la CMU-C.

Par ailleurs, l'étude confirme que près de 75 % des bénéficiaires renouvellent leurs droits et qu'un certain nombre de bénéficiaires de la CMU-C, 3,3 %, n'effectue pas cette démarche. Enfin, la sortie du dispositif CMU-C vers une autre complémentaire santé ne concerne qu'entre 5 % et 10 % des bénéficiaires.

³ Études sur la forte rotation des bénéficiaires de la CMU-C, CPAM de l'Allier, CPAM de l'Eure, Juin 2008, disponibles sur www.cmu.fr

Les entretiens réalisés ont permis de formuler plusieurs hypothèses pouvant expliquer les cas de non renouvellement de la CMU-C.

La longueur des délais de traitement et le manque d'information sur l'état de traitement de leur dossier figureraient au premier rang des difficultés pointées par les assurés. Ces deux facteurs représenteraient par ailleurs les principaux motifs de découragement pour l'assuré, dans l'accomplissement de ses démarches de renouvellement des droits.

Le manque de communication et d'information sur les dispositifs alternatifs à la CMU-C (ACS, prolongation du tiers payant un an après l'extinction des droits CMU-C...), vers les assurés et vers les partenaires de la CPAM constituerait également une difficulté importante. Ainsi, les assurés méconnaîtraient ces dispositifs. Il s'en suivrait une confusion importante dans l'esprit des assurés et, de facto, la difficulté de s'orienter en pleine connaissance de cause vers l'un ou l'autre des dispositifs, en particulier lorsqu'ils n'ont plus droit à la CMU-C.

La complexité de certains dossiers est également pointée. Mais, contrairement à ce qui avait été mis en évidence par les études précédentes, cette complexité serait moins liée au dossier lui-même qu'à la complexité de certaines situations individuelles (sur le terrain, une personne sur trois environ a bénéficié de l'aide d'un proche pour remplir son dossier, alors que les autres se sont débrouillées seules). Parmi les situations visiblement très complexes, qui rendent difficile le remplissage du dossier, on peut citer : l'existence de plusieurs revenus, la tenue d'emplois précaires, la coexistence des revenus du ménage avec une éventuelle pension alimentaire ou une bourse d'étude d'enfants étudiants demeurant par ailleurs au domicile...). Cette difficulté mettrait en évidence l'insuffisance et/ou l'inadaptation de l'accompagnement de ces assurés par les organismes.

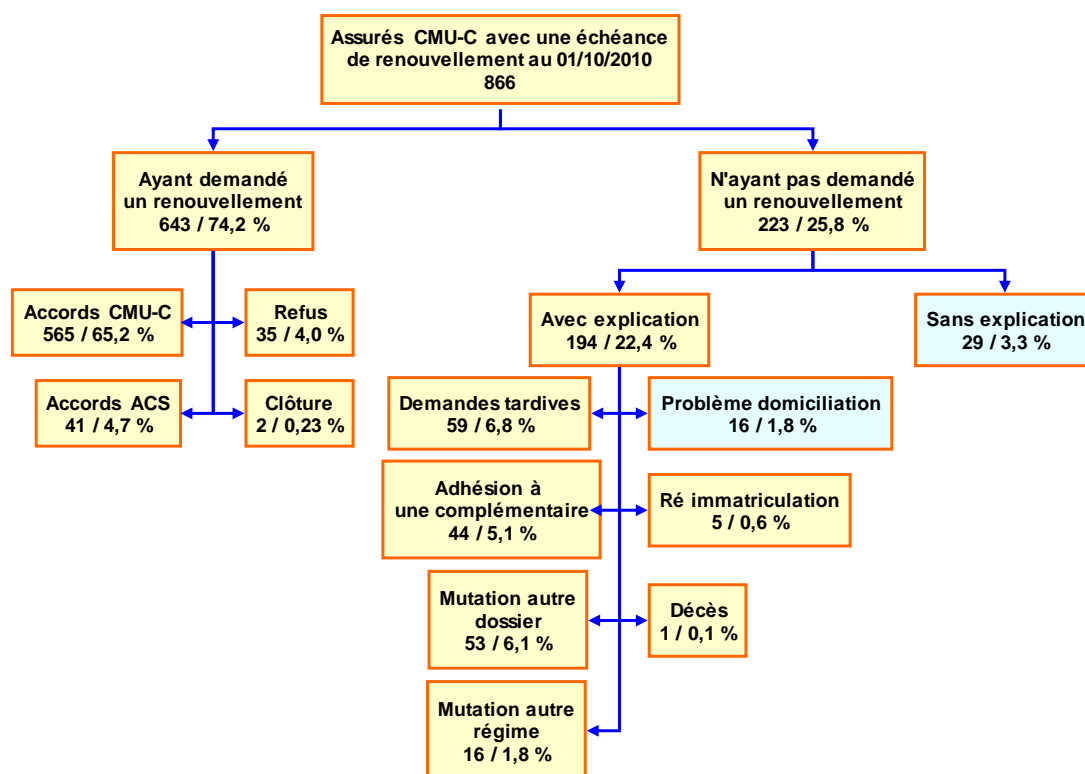
La dernière difficulté majeure serait l'écart important qui existe entre la date d'envoi du courrier informant de l'arrivée à échéance des droits CMU-C et la date de prise en compte du renouvellement. Il semblerait en effet que les courriers d'incitation au renouvellement sont adressés à l'assuré environ 3 mois et demi avant que ses droits ne se terminent, alors même que les instructions nationales font état de 2 mois. Cela aboutirait à deux situations :

- la première étant que certains assurés oublieraient de renouveler leurs droits dans les délais, dans la mesure où l'alerte de renouvellement intervient trop tôt ;
- la seconde situation étant que certains assurés, au contraire, apporteraient à la CPAM l'ensemble de leurs justificatifs bien trop tôt, avant les 2 mois précédant la date d'échéance (sachant que l'article R.861-18 du Code de la sécurité sociale dispose que : « ...le renouvellement (...) est demandé au moins deux mois avant l'expiration de la période pour laquelle elle a été attribuée »). De facto, leur situation ne serait pas à jour au moment du renouvellement opérationnel et la CPAM leur demanderait de revenir plus tard, avec des justificatifs plus récents.

A l'inverse, il semblerait que la mauvaise compréhension de la langue ou la méconnaissance des règles d'attribution et de renouvellement de la CMU-C ne font pas partie des véritables difficultés rencontrées par les assurés.

Parmi les bénéficiaires n'ayant pas sollicité le renouvellement de leurs droits, il faut noter le nombre important de demandes tardives (33,1 % des explications – hors problèmes de domiciliation) qui peuvent conduire à des situations de rupture de droits. Il est important de se pencher sur ce phénomène et de réfléchir, en lien avec les caisses d'Assurance Maladie, aux moyens qui pourraient être mis en œuvre pour inciter davantage les bénéficiaires à engager les démarches dans les délais nécessaires pour renouveler leurs droits.

Processus de définition du panel de bénéficiaires de la CPAM



Source : Fonds CMU

Données : CPAM de Valence

Nota : Parmi les 866 personnes, 16 dossiers concernent des problèmes de domiciliation (« n'habite pas à l'adresse indiquée »). Ils ont été exclus de la cohorte étudiée. Les assurés classés en NPAI sont : soit des individus qui ont déménagé, se sont ré-affiliés, ont changé de régime (et qui n'ont donc pas forcément connu une interruption de la couverture médicale), soit des personnes pour lesquelles la CPAM ne dispose plus d'aucune information.

1.2. La progression sensible du nombre de bénéficiaires de l'ACS

Le nombre de bénéficiaires de l'ACS constitue l'un des indicateurs du programme de qualité et d'efficacité « Maladie » (PQE) annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Cet indicateur est rattaché à l'objectif n°1 du PQE : « Assurer un égal accès aux soins ». Il s'agit plus précisément de l'indicateur n°1-3 qui vise à suivre le recours à une complémentaire santé pour les plus démunis.

Le suivi du dispositif ACS est effectué à partir de deux indicateurs : le nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'Assurance Maladie et le nombre de bénéficiaires ayant utilisé l'attestation auprès d'un organisme complémentaire.

Le taux de non recours à l'ACS est supérieur à 75 %, ce qui tend à démontrer que l'ACS est un dispositif dont la relative complexité rend difficile une pénétration plus large au sein d'une population le plus souvent en difficulté face aux démarches administratives.

Plusieurs difficultés sont généralement pointées dans les différentes études réalisées sur le sujet :

- le dispositif demeure peu connu et on pose comme hypothèse qu'une bonne partie des demandeurs sont des personnes intéressées à l'origine par la CMU-C ;
- la plage de revenu pour y accéder, même si elle a tendance à s'élargir avec le temps (grâce aux augmentations successives du plafond de ressources), demeure étroite et il est difficile a priori de savoir si on est éligible ou pas ;
- le reste à charge sur le prix du contrat mais également celui sur prestations peuvent également constituer un frein.

Le problème déterminant pour l'ACS est celui de la non demande par les publics potentiels et non celui du taux d'utilisation des attestations qui atteint le niveau remarquable de 85 %, d'où l'importance des contacts ciblés et des échanges qui se sont mis en place entre les CPAM, les CARSAT et les CAF.

Depuis la mise en place de l'ACS, le directeur de la sécurité sociale s'implique fortement dans l'organisation de réunions dont le but est le développement du dispositif : trois ont été réalisées en 2011. L'ensemble des acteurs intéressés y sont associés : les principaux régimes d'Assurance Maladie, les fédérations d'organismes complémentaires et le Fonds CMU. En outre, sont également conviés la CNAVTS, la CNAF et l'UNEDIC compte tenu de leurs liens avec les publics potentiellement éligibles au dispositif.

Tous les acteurs se mobilisent pour faire connaître davantage le dispositif au travers de campagnes de communication et d'information en direction des publics et des partenaires, ainsi que de formation des personnels.

1.2.1. Une augmentation conforme aux attentes

Le bilan de l'année est globalement positif puisque l'évolution globale du nombre de bénéficiaires est de + 20,8 %.

Cette évolution correspond exactement à la mesure de l'impact du relèvement du plafond qui avait été estimé par le Fonds CMU dans sa dernière note de prévisions (+ 20 %).

Pour mémoire, deux évènements ont marqué l'année 2011 :

- le relèvement du plafond ACS à + 26 % au dessus du plafond CMU-C à compter du 1^{er} janvier 2011 (contre plafond CMU-C à P + 20 % antérieurement),
- la mise en place des échanges mensuels d'information entre la CNAF et la CNAMTS en avril 2011 permettant de sensibiliser les bénéficiaires potentiellement éligibles au dispositif (flux annuel évalué à 270 000 envois).

Les résultats détaillés

A l'issue de l'année 2011, on constate une hausse sensible du nombre de bénéficiaires de + 20,8 %. En glissement annuel, il s'établit à 763 079. La barre symbolique des 800 000 personnes devrait bientôt être franchie.

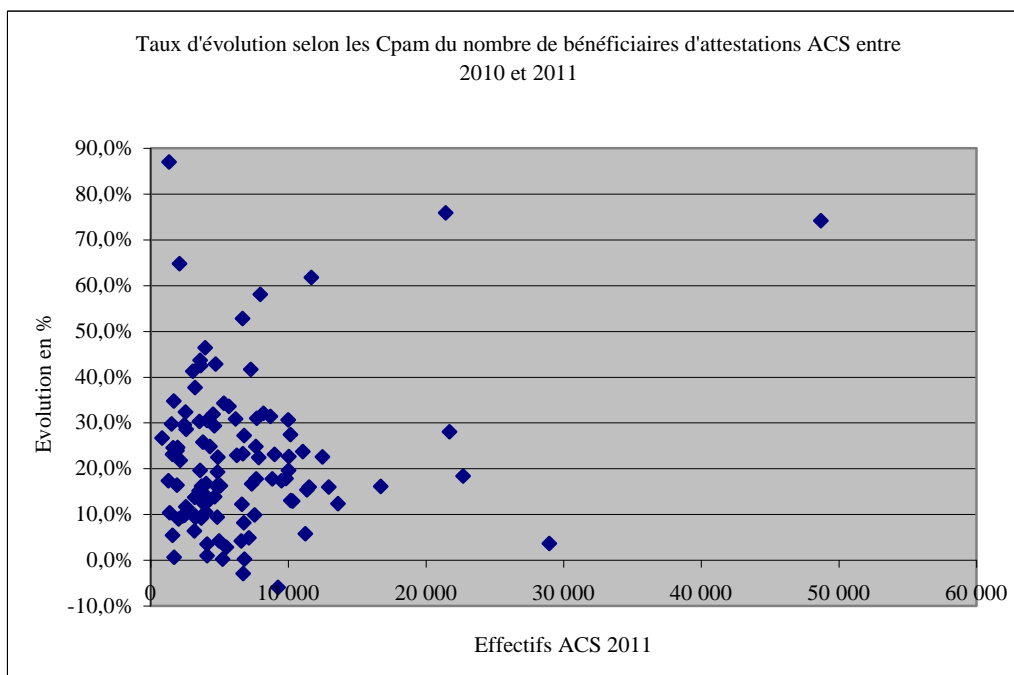
L'évolution s'établit à + 21,5 % pour la CNAMTS (92,8 % des effectifs), à + 9,6 % pour la MSA (4,5 % des effectifs) et à + 19,8 % pour le RSI (2,7 % des effectifs).

	Nbre mensuel de bénéfés	Evol en une année (mois à mois)	Dont Cnamts	Evol en une année Cnamts (mois à mois)	Nbre bénéfés au cours des 12 derniers mois	Nbre d'utilisateurs d'attestations à cette date	Montant annuel déduction
Janv 2011	67 463	21,92%	62 010	23,19%	643 620	—	—
Fév 2011	65 294	9,71%	59 841	9,77%	649 399	528 404	273 €
Mars 2011	74 837	14,49%	69 384	15,11%	658 868	—	—
Avril 2011	58 728	8,95%	54 094	8,77%	663 692	—	—
Mai 2011	69 460	40,79%	64 826	43,54%	683 817	561 614	273 €
Juin 2011	62 450	9,46%	57 816	9,34%	689 216	—	—
Juillet 2011	56 923	21,95%	53 079	22,56%	699 460	—	—
Août 2011	57 373	29,87%	53 529	31,17%	712 655	595 936	271 €
Sept 2011	58 210	19,30%	54 366	19,69%	722 071	—	—
Oct 2011	61 420	26,02%	57 016	26,39%	734 751	—	—
Nov 2011	65 112	29,31%	60 708	29,93%	749 510	619 957	270 €
Déc 2011	65 809	25,97%	61 405	26,32%	763 079	—	—

Source : CNAMTS, MSA, RSI

Une piste d'explication est avancée concernant l'évolution relativement faible des effectifs ACS de la MSA. En effet, depuis juin 2008, cette dernière a été désignée comme gestionnaire dans les accords locaux passés au sein de la FNSEA, et qui visaient à doter d'une complémentaire santé l'ensemble des salariés de la production agricole. Les contrats concernés sont obligatoires et donc, non éligibles à l'ACS. Environ 40 % des salariés et de leurs ayant-droits (1,180 millions de personnes) ont un contrat obligatoire recensé et géré par la MSA. Par ailleurs, selon la MSA, le reste de la population (non salariés, retraités) rencontrerait en particulier des freins psychologiques à demander des aides.

En ce qui concerne plus spécifiquement les effectifs du régime général, la comparaison des chiffres entre 2010 et 2011, montre des résultats cohérents pour l'ensemble des CPAM.



Le directeur du Fonds CMU a adressé un bilan de ces résultats au directeur de la CNAMTS. Il lui a proposé à cette occasion que chaque caisse d'Assurance Maladie soit rendue destinataire des résultats obtenus localement pour 2011, ceci afin de leur permettre de se situer par rapport à la moyenne nationale.

En outre, s'agissant des résultats posant problème, un questionnaire spécifique a été sollicité auprès de 12 organismes qui représentent une part importante dans la délivrance des attestations de droits ACS et pour lesquels le Fonds CMU a constaté des taux d'évolution très faibles, voire négatifs malgré le relèvement du plafond de l'ACS.

Le contrôle de la cohérence des données remontées de la CNAMTS

Un contrôle de cohérence des données remontées des CPAM a été mis en place par la CNAMTS et le Fonds CMU. Ce travail a permis de redresser un certain nombre d'anomalies.

Au cours d'une réunion conjointe entre le Fonds CMU et la CNAMTS courant septembre 2011, plusieurs décisions ont été prises visant à fiabiliser les résultats affichés. On retiendra pour l'essentiel :

- Dans l'attente de la livraison de la base « Ressources » nationale (en 2012), les remontées mensuelles actuelles (remontées manuelles) sont maintenues. Elles fournissent en effet des informations quantitatives non seulement sur les bénéficiaires mais également sur les demandes et les refus ainsi que sur la composition du foyer. L'attention de la CNAMTS et du Fonds CMU porte principalement sur les évolutions atypiques. Les caisses identifiées seront contactées directement par la CNAMTS. Les indicateurs actuels sur le nombre de demandes et le nombre de refus continueront à faire l'objet d'un suivi attentif.

- Pour compléter des données remontées de manière déclarative, une requête a posteriori sera lancée au niveau national pour dénombrer les effectifs ACS à partir de l'applicatif Erasmé National. Cette requête automatique serait réalisée tous les 6 mois par la CNAMTS. Elle concernera les bénéficiaires ayant reçu une attestation, consommateurs ou non, utilisateurs ou non de cette attestation auprès d'un OC.
- Une expérimentation va être conduite auprès de quelques caisses pour la mise en place d'un suivi des mesures de relèvement du plafond ACS.

La mise en place d'un suivi au niveau local

A la demande du Fonds CMU, une expérimentation a été conduite par 4 CPAM pour chiffrer l'impact du relèvement du plafond ACS, à partir d'une exploitation de leurs bases « ressources » locales.

Sur l'ensemble de l'année 2011, sur 3 des 4 départements étudiés, la hausse des effectifs liée au relèvement du plafond dépasse les 20 % et est donc conforme aux résultats constatés au niveau national. En revanche, l'impact est sensiblement plus important sur le Finistère (+ 36 %).

	Augmentation des effectifs liée au relèvement du plafond ACS (en %)
Hauts de Seine	22,3
Seine Saint Denis	22,3
Rouen-Elbeuf-Dieppe	20,4
Finistère	36,3

Sur 2010, le taux de pénétration de l'ACS (apprécié à partir du ratio ACS / CMU-C), a été sensiblement plus important dans le Finistère que dans les 2 autres départements. Ceci peut laisser supposer un contexte local de meilleure connaissance du dispositif ACS, qui pourrait être lié à une tradition mutualiste marquée dans l'ouest de la France.

Un volume des refus en baisse en 2011 couplé à une augmentation sensible des demandes sur la fin de l'année à la CNAMTS

Deux indicateurs importants permettent de mieux comprendre les évolutions, à savoir le nombre de demandes et le volume des refus.

En raisonnant sur les foyers, on constate pour la CNAMTS entre 2010 et 2011 :

- une augmentation de 18,2 % du volume des demandes (essentiellement imputable au second semestre 2011, puisque l'augmentation n'était que de + 1 % sur le premier semestre) ;
- une évolution négative de - 12 % du volume des refus, faisant ainsi passer la part des refus dans le total des demandes de 34,3 % à 28,1 %.

Sur le début de l'année 2011, par la combinaison de deux facteurs, à savoir la stagnation du volume des demandes et la baisse des refus, il était possible d'affirmer que l'augmentation de la délivrance constatée était imputable pour l'essentiel à l'augmentation du plafond ACS. Par la suite, la baisse des refus a continué de jouer, mais l'afflux de nouvelles demandes est devenu très sensible.

A noter : la part des renouvellements dans les accords a légèrement augmenté en 2011 puisqu'elle est passée de 31 % à 34 % pour les bénéficiaires, de 34 % à 38 % pour les foyers.

Une structure par âge des bénéficiaires quasi inchangée entre 2010 et 2011 à la CNAMTS

La structure par âge des bénéficiaires est quasi inchangée entre 2010 et 2011.

	Struct 2010	Struct 2011	Evol effectifs 2010 / 2011
moins de 16 ans	26,62%	26,28%	19,67%
entre 16 et 49 ans	40,24%	40,37%	21,60%
entre 50 et 59 ans	13,41%	12,79%	15,66%
plus de 60 ans	19,73%	20,56%	26,26%
	100,00%	100,00%	21,48%

L'augmentation la plus sensible concerne les plus de 60 ans, ce qui pourrait traduire un effet de l'impact des courriers de sensibilisation adressés par la CNAVTS aux bénéficiaires du minimum vieillesse.

1.2.2. Une hausse quasi proportionnelle du nombre d'utilisateurs

Logiquement, le nombre d'utilisateurs d'attestations ACS est en hausse de + 16,3 % sur l'année 2011, et concerne 619 957 personnes au 30 novembre 2011.

Les évolutions trimestrielles (- 0,8 % entre novembre 2010 et février 2011, + 6,3 % entre février et mai, + 6,1 % entre mai et août et + 4,0 % en novembre par rapport à la fin août) ne sont pas significatives compte tenu des régularisations opérées par les organismes. Le Fonds CMU opère sur chaque échéance un contrôle des évolutions atypiques dont les résultats illustrent ces constats.

Au-delà des évolutions trimestrielles, ce qu'il convient donc de retenir, ce sont plutôt les tendances qui traduisent bien une évolution significative au niveau de l'utilisation des attestations puisque le nombre d'utilisateurs a augmenté de + 16,3 % entre novembre 2010 et novembre 2011 (donc sur une année).

Cette évolution est toutefois un peu plus faible que celle observée sur la délivrance. Un décalage entre délivrance et utilisation est toujours logique à ce stade (délai nécessaire pour souscrire une complémentaire santé etc.), même si on ne peut exclure un phénomène de déperdition par la non utilisation de l'attestation.

La répartition des utilisateurs selon la nature de l'organisme assureur ressort de la manière suivante sur l'année :

	Utilisateurs ACS en 2011	Structure
Assurance	611 716	26,4%
IP	53 728	2,3%
Mutuelle	1 648 666	71,3%
	2 314 110	100,0%

En rapprochant les chiffres obtenus, le taux d'utilisation des attestations ACS demeure à un niveau très élevé puisque dépassant les 85 %.

1.2.3. Les aides supplémentaires mises en place par les CPAM

Les dispositifs locaux d'aides complémentaires à l'ACS et d'aides visant à atténuer l'effet de seuil ACS, mis en place par les CPAM en 2010, se sont maintenus à un niveau élevé, par rapport à 2009, même s'ils ont marqué une pause par rapport à la forte évolution qui avait été constatée entre 2008 et 2009. Les caisses ont en effet fonctionné avec des budgets provisoires jusqu'au mois d'octobre 2010.

Par ailleurs, en comparaison avec l'année 2009 où les caisses avaient une visibilité sur les crédits disponibles, elles se sont vraisemblablement montrées plus prudentes en 2010, dans un contexte de première année de COG.

Ils ont touché 135 995 personnes (+ 6 % par rapport à 2009) pour un montant de 18,2 millions d'euros (- 2 %). Ce montant a représenté 22,8 % de la dotation paramétrique consommée (+ 5,1 points par rapport à 2009).

Au sein de ces aides :

- les « compléments ACS » ont touché 110 759 bénéficiaires et représenté 12,7 millions d'euros (respectivement + 2, % et - 9 % par rapport à 2009) ;
- les aides « effet de seuil ACS » ont concerné 25 236 bénéficiaires correspondant à 5,5 millions d'euros (respectivement + 26 % et + 23 % par rapport à 2009).

Ce sont donc les aides « effet de seuil » qui ont été à l'origine de l'évolution globale constatée.

37 CPAM ont proposé les 2 dispositifs, 46 un seul (35 le seul dispositif « complément ACS » et 11 le seul dispositif « effet de seuil ACS »).

L'aide moyenne par personne s'est élevée à 115 euros dans le premier cas (129 euros en 2009), à 218 euros dans le second cas (224 euros en 2009). On constate une forte dispersion autour de la moyenne mais cette dispersion est plus accentuée dans le cadre des dispositifs « effets de seuil ».

19 caisses n'ont pas mis en place de dispositif compte tenu de l'absence de visibilité budgétaire et de la crainte d'un impact trop important sur l'enveloppe de la dotation paramétrique qui est limitative.

1.2.4. Le rapport prix/contenu et le reste à charge sur prestations

En application de l'article L.863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution des prix et des contenus des contrats ayant ouvert droit à l'ACS. Cette enquête constitue un observatoire essentiel de l'ACS s'agissant du prix et des caractéristiques des contrats de couverture complémentaire de santé concernés par le dispositif. Elle contribue en outre à l'élaboration d'un panorama des contrats de complémentaire santé.

Mise en œuvre depuis 2005, elle est particulièrement représentative. Pour l'enquête publiée en 2011 sur les contrats 2010, 57 organismes complémentaires couvrant 66 % des bénéficiaires de l'ACS (219 093 contrats et 355 469 bénéficiaires) ont répondu.

La synthèse des principales données

L'enquête 2010 s'inscrit dans la continuité des précédentes enquêtes, sauf en ce qui concerne le montant moyen de déduction ACS qui connaît une évolution sensible de + 17 % grâce aux mesures de revalorisations intervenues depuis 2009, conduisant à la prise en charge du prix des contrats à hauteur de 60 % contre 50 % auparavant.

Les principaux résultats obtenus comparés à ceux de l'année précédente sont les suivants :

	Enquête 2010	Enquête 2009	Evolution
Nombre d'OC	57	59	
Nombre contrats	219 093	205 352	
Nombre personnes enquêtées	355 469	332 786	
Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête	66%	66%	
Nombre personnes par contrat	1,62	1,62	
Prix moyen par contrat (couvrant 1,65 personnes en 2011)	782 €	764 €	2,4%
Prix moyen d'un contrat ACS par personne couverte	483 €	472 €	2,3%
Montant déduction moyenne par contrat	439 €	375 €	17,1%
RAC moyen par contrat	344 €	389 €	-11,6%
Taux RAC moyen	42%	51%	
Taux d'effort	3,6%	4,1%	

Le prix annuel moyen du contrat ressort à 782 € (par contrat couvrant en moyenne 1,62 personne, soit 483 € pour une personne), en évolution modérée de + 2,4 % par rapport à l'enquête 2009.

Le taux d'effort des ménages pour acquérir une complémentaire santé représente 3,6 % de leur revenu annuel. Il a donc baissé sensiblement en lien avec l'augmentation du montant de la déduction puisqu'il s'établissait à 4,1 % en 2009. Différentes études disponibles montrent que le taux d'effort général diminue avec l'augmentation du revenu (de 2,9 % pour les ménages les plus riches à 10,3 % pour les ménages les plus modestes : ESPS 2006 – IRDES).

Dans ce contexte, le taux d'effort après application de l'ACS ressort en deçà de celui des cadres et professions intellectuelles situé autour de 4 % en moyenne. Près d'un demi-mois de revenu leur est cependant nécessaire pour financer leur complémentaire santé. Au-delà, les aides supplémentaires à l'ACS mises en place par une grande majorité des CPAM, abaissent le taux de reste à charge sur le prix des contrats des personnes concernées de 40 % à 20 %.

L'impact sur le prix des différents facteurs étudiés

Le prix augmente logiquement avec le nombre de bénéficiaires, mais cette augmentation est de plus en plus faible à mesure que le nombre de personnes couvertes croît. Plus de 65 % de 1 à 2 personnes, plus 25 % quand on passe de 2 à 3 personnes, etc.

Quant au taux d'effort, il diminue régulièrement avec la taille du foyer, pour atteindre 1,6 % dans le cas des familles les plus nombreuses, chiffre à comparer aux 2,9 % constatés sur les ménages les plus riches⁴.

A partir de trois bénéficiaires par contrat, il s'agit généralement de familles avec enfants. Les cotisations sont donc plus faibles, d'autant que certains contrats assurent la gratuité à partir du 2^{ème} ou du 3^{ème} enfant. L'ACS constitue un dispositif qui favorise objectivement les familles avec enfants comme en témoigne par ailleurs l'observation du taux d'effort.

Le prix est croissant avec l'âge du souscripteur : il augmente systématiquement lorsque l'on passe à une tranche d'âge plus élevée. Le taux d'augmentation est relativement constant sur l'ensemble des tranches allant de 25 à 59 ans, l'évolution s'établissant à 20 % par tranche de 10 années. Elle est légèrement plus marquée lors du passage de la tranche des « 50-59 ans » à celle des « 60-69 ans », puis, pour les 2 tranches supérieures, elle ralentit très sensiblement.

Le taux d'effort augmente régulièrement avec l'âge. La situation des plus âgés demeure la moins favorable compte tenu du niveau élevé de leurs primes.

Comparaison des niveaux de garantie

En ayant recours à la classification DREES, les contrats ACS montrent des niveaux de garanties nettement moins élevés que les autres contrats individuels dans leur ensemble :

Répartition des contrats par classes de garanties

	Contrats ACS 2010	Contrats individuels (DREES 2009)	Contrats ACS 2009	Contrats individuels (DREES 2008)
Classe A	0,8	4,3	0,7	4,3
Classe B	10,1	40,6	10,7	36,9
Classe C	49,3	45	50,7	47,4
Classe D	39,9	10,1	37,9	11,4
Total	100	100	100	100

En % des personnes couvertes

⁴ Cf. l'Enquête Santé Protection Sociale 2006, mai 2008, IRDES

Ce niveau de couverture est croissant en allant de D à A : D correspond au plus faible niveau de couverture, A au plus fort.

La différence est particulièrement marquée sur la classe B (+ 30,5 points pour les contrats individuels DREES) et la classe D (+ 29,8 points pour les contrats ACS). Cette différence est d'ailleurs sensiblement amplifiée par rapport à l'enquête 2009 (respectivement + 26,2 points et + 21,5 points). Elle traduit pour les bénéficiaires de l'ACS un déplacement vers des contrats de plus faible niveau de garantie.

Les RAC sur prestations des bénéficiaires de l'ACS

Dans le cadre de l'enquête annuelle sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, le reste à charge et le taux d'effort avaient été calculés, jusqu'à l'enquête 2009, par rapport au prix du contrat. Or, il est essentiel de garder à l'esprit que la complémentaire santé peut en outre laisser à la charge des ménages des dépenses de santé non remboursées, non négligeables notamment au regard des dépassements pratiqués.

Dans ce contexte, l'enquête 2010 a initié une étude sur les restes à charge sur prestations des bénéficiaires sur la base de données spécifiques remontées des OC et des taux de remboursement constatés dans l'enquête confrontés aux prix des prestations observés sur le marché. Il s'agit d'un tout premier exercice et son caractère exploratoire doit être souligné.

En moyenne, sur une base de réponse constituée par 43 OC, le montant des restes à charge sur une consultation de spécialiste est ressorti à 9 €, celui sur une prothèse dentaire à 350 €, enfin, celui sur une paire de lunettes à 150 €.

Les restes à charge sur les autres contrats individuels sont ressortis systématiquement plus importants. Pourtant, ces derniers présentent des niveaux de couverture plus élevés. Il est possible que les bénéficiaires de l'ACS privilégient les professionnels de santé exerçant en secteur 1 ou les centres de santé pratiquant plus couramment des tarifs opposables, ce qui limite le montant du reste à charge. Le renoncement par les bénéficiaires de l'ACS à certains soins engendrant des restes à charge élevés pourrait également être envisagé. Toutefois, l'étude ne permet pas de vérifier ces hypothèses.

Un travail complémentaire, à partir des taux de remboursement constatés dans l'enquête confrontés aux prix des prestations observés sur le marché, montre également que pour un foyer composé de 4 personnes, le taux d'effort sur prestations peut facilement atteindre les deux tiers du taux d'effort global (taux d'effort sur le prix du contrat + taux d'effort sur prestations).

1.2.5. Les données comparatives ACS et CMU-C par département

Il est intéressant d'effectuer une comparaison entre le nombre de bénéficiaires de l'ACS et le nombre de bénéficiaires de la CMU-C en 2011 au régime général.

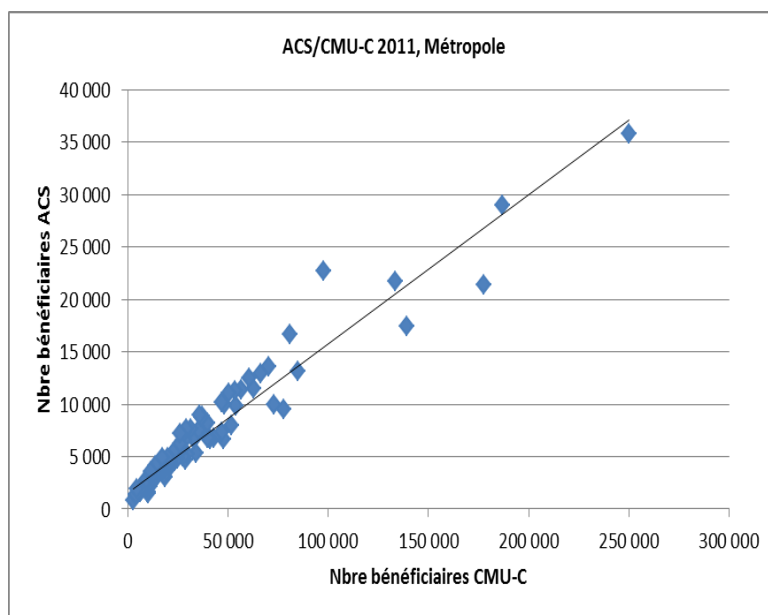
Il est en effet logique de considérer, vu la proximité des tranches de revenus entre les deux dispositifs, qu'un fort « niveau » de CMU-C par rapport à une moyenne doit correspondre également à un nombre important de bénéficiaires de l'ACS (et inversement si le taux est faible).

Dans le cadre de ce travail, une attention particulière est donc portée sur les situations où le pourcentage « nombre de bénéficiaires ACS / nombre de bénéficiaires CMU-C » est le plus faible comparativement à la moyenne. Cependant, la juste interprétation des résultats obtenus nécessite de s'intéresser également à l'indicateur « taux d'ACS » correspondant au ratio « nombre de bénéficiaires de l'ACS / population du département ».

La situation pour le régime général en métropole

Le classement à partir du ratio étudié conduit à des résultats très homogènes dans leur ensemble :

Total effectifs ACS/Total effectifs CMU C par département, métropole, 2011

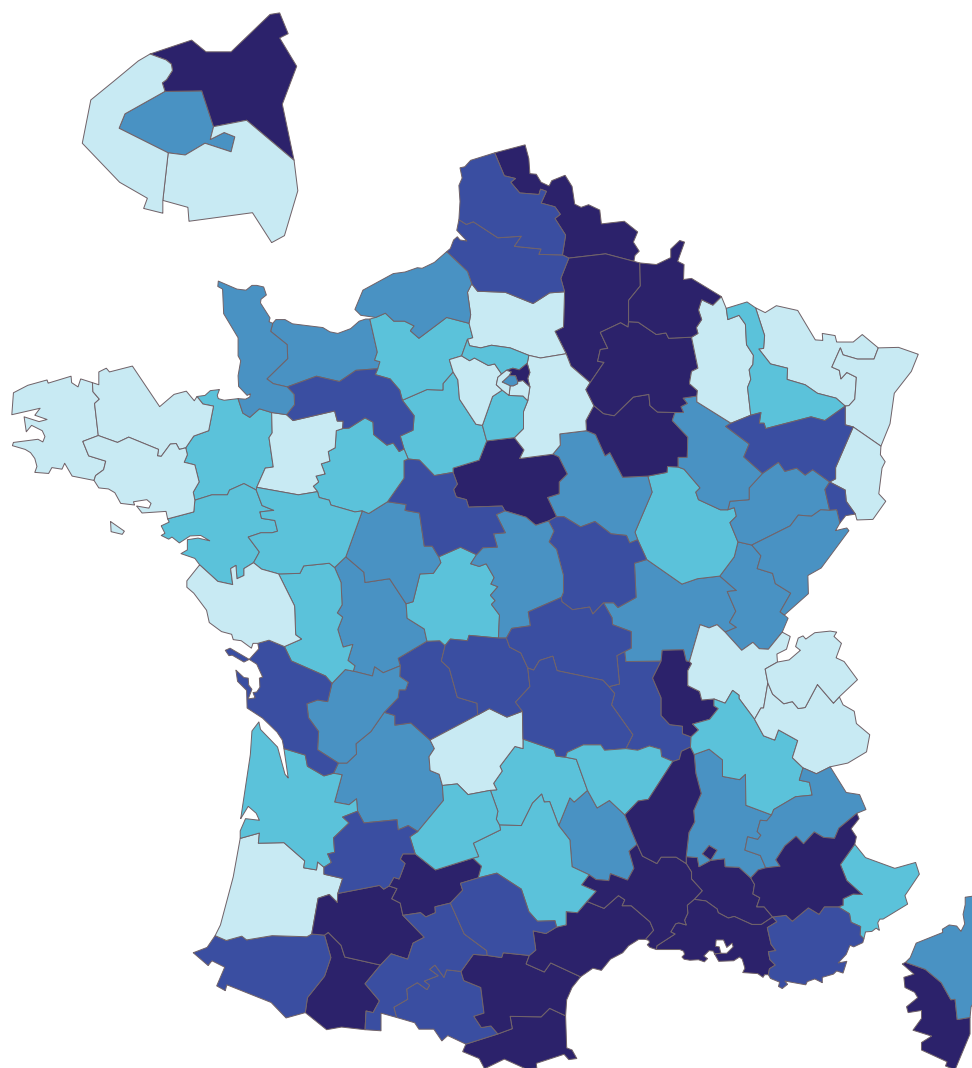


Source : CNAMTS

Le coefficient de corrélation est très élevé puisqu'il s'établit à 0,966, traduisant une très forte homogénéité des résultats.

Le taux moyen ressort à 18,7 % et la médiane à hauteur de 21,2 %.

Aucune situation ne ressort comme atypique.



Couleur	Pourcentage			Nombre
	>=	0,5%	< 0,8%	19
	>=	0,8%	< 0,9%	19
	>=	0,9%	< 1,0%	19
	>=	1,0%	< 1,3%	19
	>=	1,3%	<= 1,8%	20
				96

Source : CNAMTS, Fonds CMU

La situation pour le régime général dans les départements d'Outre-Mer

S'agissant des Dom, le rapport ACS/CMU-C se situe en moyenne en deçà de celle constatée en métropole soit 12,8 % (versus 18,7 %).

Rapport ACS/CMU-C, par départements, Dom, 2011

N° Cпам	Nom Cпам	Population	CMU-C 2011	ACS 2011	Taux CMU-C 2011	Classement CMU-C	Taux ACS 2011	Classement ACS	ACS / CMU-C	Classement ACS / CMU-C
974	RÉUNION	817 001	280 230	48 704	34,30%	1	5,96%	1	17,38%	76
973	GUYANE	221 178	68 253	1 297	30,86%	2	0,59%	97	1,90%	100
972	MARTINIQUE	403 795	92 037	10 174	22,79%	3	2,52%	2	11,05%	98
971	GUADELOUPE	408 299	92 036	7 720	22,54%	4	1,89%	3	8,39%	99
		1 850 273	532 556	67 895	28,78%		3,67%		12,75%	

Source : CNAMTS

Dans le détail, il s'établit à 1,9 % pour la Guyane, 8,4 % pour la Guadeloupe, 11,1 % pour la Martinique et 17,4 % pour la Réunion.

Pourtant, les taux d'ACS calculés par rapport à la population ressortent bien plus élevés que la moyenne nationale (à l'exception de la Guyane) : 3,7 % contre 1,1 % en moyenne. Ces 3 départements figurent d'ailleurs aux 3 premières places du classement national à partir de ce ratio.

Pour ces départements, on rappellera que les taux de CMU-C par rapport à la population se situent entre 23 % et 34 %, et sont de loin les plus élevés.

On constate donc au niveau du rapport ACS/CMU-C un effet d'écrasement de l'ACS par la CMU-C qui domine largement. Ce n'est pas forcément illogique, car on est en présence d'une population très pauvre où donc la CMU-C l'emporte largement.

Des départements importants comptent parmi ceux qui révèlent le plus faible rapport ACS/CMU-C en métropole

Il est intéressant de mettre en évidence la liste des 10 départements les mieux placés par rapport à celle des 10 les moins bien classés.

Rapport ACS/CMU-C, les dix taux les plus élevés, métropole, 2011

N° Cпам	Nom Cпам	Population	Classement population	CMU-C 2011	ACS 2011	Taux CMU-C 2011	Classement CMU-C 2011	Taux ACS 2011	Classement ACS	ACS / CMU-C	Classement ACS / CMU-C
4	DIGNE-LES-BAINS	162 911	89	7 165	2 146	4,40%	62	1,32%	18	29,95%	10
7	ARDECHE	321 453	70	13 495	4 090	4,20%	67	1,27%	22	30,31%	9
12	RODEZ	287 535	75	8 378	2 558	2,91%	91	0,89%	72	30,53%	8
65	TARBES	237 490	81	11 404	3 553	4,80%	48	1,50%	10	31,16%	7
32	AUCH	192 561	86	7 805	2 432	4,05%	73	1,26%	23	31,16%	6
43	LE PUY-EN-VELAY	229 966	82	6 179	1 951	2,69%	97	0,85%	75	31,57%	5
48	MENDE	81 083	96	2 439	822	3,01%	90	1,01%	52	33,70%	4
5	GAP	139 497	94	3 865	1 339	2,77%	94	0,96%	57	34,64%	3
15	AURILLAC	154 824	91	3 886	1 392	2,51%	99	0,90%	70	35,82%	2
201	AJACCIO	143 386	93	4 403	1 912	3,07%	88	1,33%	16	43,42%	1

Source : CNAMTS

Rapport ACS/CMU-C, les dix taux les moins élevés, métropole, 2011

N° Cпам	Nom Cпам	Population	Classement population	CMU-C 2011	ACS 2011	Taux CMU-C 2011	Classement CMU-C 2011	Taux ACS 2011	Classement ACS	ACS / CMU-C	Classement ACS / CMU-C
93	BOBIGNY	1 518 225	6	177 523	21 440	11,69%	5	1,41%	13	12,08%	96
94	CRETEIL	1 323 389	11	77 699	9 500	5,87%	24	0,72%	90	12,23%	95
62	PAS-DE-CALAIS	1 487 199	7	139 030	17 443	9,35%	8	1,17%	27	12,55%	94
95	CERGY PONTOISE	1 181 322	17	73 058	9 989	6,18%	20	0,85%	76	13,67%	93
57	MOSELLE	1 063 760	20	47 527	6 622	4,47%	59	0,62%	95	13,93%	92
59	NORD	2 606 369	1	250 130	35 761	9,60%	6	1,37%	14	14,30%	91
90	BELFORT	145 360	92	9 995	1 523	6,88%	16	1,05%	42	15,24%	90
55	BAR-LE-DUC	200 437	84	10 345	1 578	5,16%	38	0,79%	84	15,25%	89
78	VERSAILLES	1 432 114	9	51 521	7 958	3,60%	84	0,56%	98	15,45%	88
76	SEINE-MARITIME	1 273 791	13	84 636	13 123	6,64%	18	1,03%	48	15,51%	87

Source : CNAMTS

On signalera la situation atypique dans l'est qui s'explique par le régime local d'Alsace-Moselle.

Parmi les départements les moins bien placés figurent des départements de tailles sensiblement plus importantes que dans le classement de tête : les premiers représentent 19,2 % de la population de la métropole contre 3,1 % pour les mieux placés. Améliorer la situation des derniers pourrait donc avoir un impact sur le résultat global.

Parmi ces départements, 2 groupes peuvent être distingués :

- Ceux « mal placés » sur la base du ratio « ACS/CMU-C », mais également à partir du ratio « ACS/Population totale » : le Val de Marne (95^{ème} et 90^{ème} sur 96), le Val d'Oise (93^{ème}, 76^{ème}), les Yvelines (88^{ème}, 98^{ème}).
- Ceux mal classés au regard du ratio « ACS/CMU-C » mais bien classés selon le ratio « ACS/Population totale ». On constate pour ces derniers que l'effet d'écrasement de l'ACS par la CMU-C évoqué pour les Dom agit également : la Seine-Saint-Denis (96^{ème}, 5^{ème}), le Pas de Calais (94^{ème}, 27^{ème}), le Nord (91^{ème}, 14^{ème}), la Seine Maritime (87^{ème}, 18^{ème}). Au-delà, on citera également Marseille vue l'importance de sa population (86^{ème}, 12^{ème}).

Pour ces départements à forte population, on relève une grande proximité de leurs résultats, ce qui interpelle. L'effet taille, notamment dans le contexte de la région parisienne ou du Nord Pas-de-Calais, pourrait peut-être expliquer ce constat.

Le raisonnement tenu plus haut à propos des Dom doit également être pris en considération.

1.3. La baisse importante des effectifs de la CMU de base

1.3.1. Une diminution régulière des effectifs

Avec 2 150 963 bénéficiaires au 31 décembre 2011 (assurés et ayants-droit), les effectifs de la CMU de base ont diminué de - 2,08 % depuis fin décembre 2010. Cette diminution a été régulière tout au long de l'année. Elle était attendue compte tenu du caractère subsidiaire de ce régime qui concerne uniquement les personnes ne pouvant être affiliées à l'Assurance Maladie à aucun autre titre.

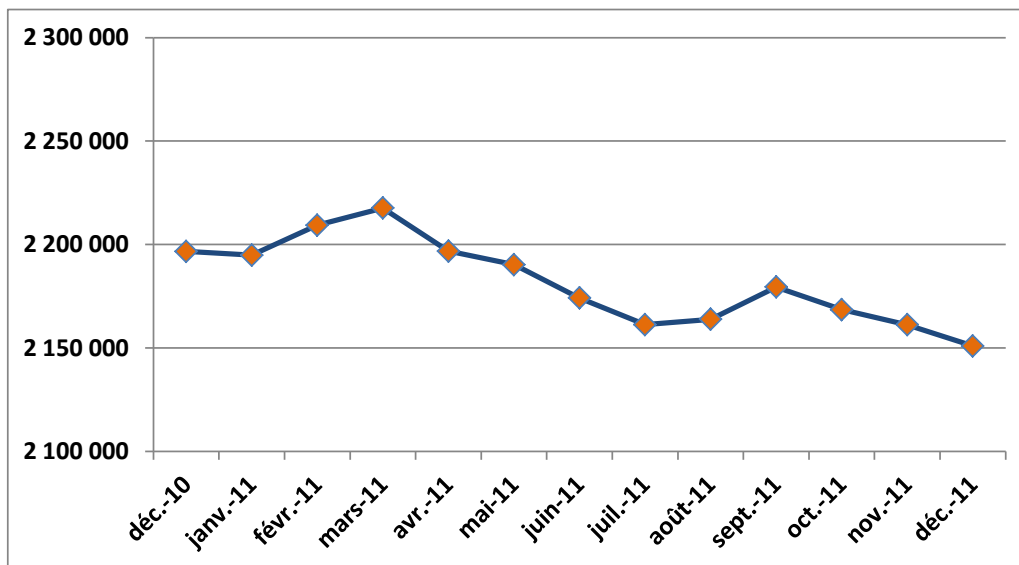
	Métropole	DOM	Total	Évolution
2010 déc	1 895 557	301 094	2 196 651	
2011 janv	1 889 114	305 712	2 194 826	-0,08%
2011 févr	1 901 391	307 990	2 209 381	0,66%
2011 mars	1 907 393	310 230	2 217 623	0,37%
2011 avr	1 884 207	312 588	2 196 795	-0,94%
2011 mai	1 877 208	313 029	2 190 237	-0,30%
2011 juin	1 864 390	309 753	2 174 143	-0,73%
2011 juil	1 851 141	310 137	2 161 278	-0,59%
2011 août	1 852 614	311 240	2 163 854	0,12%
2011 sept	1 862 016	317 442	2 179 458	0,72%
2011 oct	1 851 323	317 212	2 168 535	-0,50%
2011 nov	1 843 626	317 584	2 161 210	-0,34%
2011 déc	1 832 616	318 347	2 150 963	-0,47%
Évolution depuis Décembre 2010				-2,08%

Source : CNAMTS

Effectifs moyens CMU de base						
	Métropole & Dom		Métropole		Dom	
2010	2 159 253		1 848 554		312 605	
2011	2 180 692	1,0%	1 868 087	1,1%	310 699	-0,6%

Source : CNAMTS

Évolution des effectifs de la CMU-B depuis décembre 2010



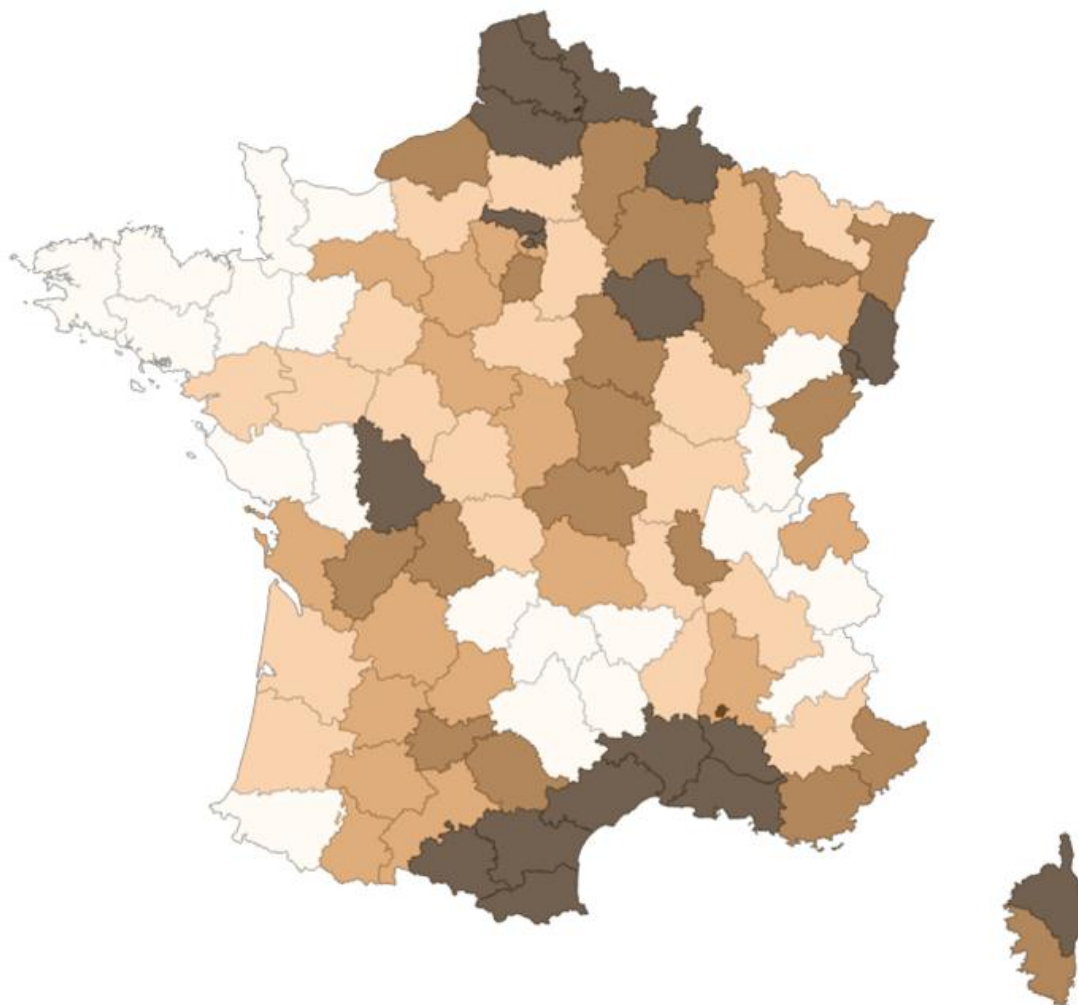
Source : CNAMTS





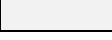
La répartition par département

On retrouve principalement une forte proportion (supérieure à 3,3 %) de bénéficiaires de la CMU de base, par rapport à la population, concentrée dans la région Nord-Pas-de-Calais, dans Paris et le nord de l'Ile-de-France, ainsi que dans les départements longeant la côte méditerranéenne.

Les 19 départements présentant la densité la plus forte de bénéficiaires représentent 805 401 personnes soit 43,3 % des effectifs de la CMU de base en métropole.

Densité des bénéficiaires de la CMU de base par département, au 31 décembre 2011, métropole



Couleur	Taux de densité des bénéficiaires		Nombre
	>= 3,3%	<= 6,1%	19
	>= 2,7%	<= 3,2%	19
	>= 2,2%	<= 2,6%	19
	>= 1,9%	<= 2,1%	19
	>= 1,0%	<= 1,8%	20
			96

Source : CNAMTS

1.3.2. La répartition par régime d'attribution

La CMU de base se décompose en plusieurs « codes régime », parmi eux, le régime 806 concerne les allocataires du RSA⁵ qui ne peuvent être affectés à un autre titre (maintien de droit, rattaché en tant qu'ayant-droit). Les assurés du régime 806 représentent près de 75 % des assurés de la CMU de base.

Définition des régimes d'attribution de la CMU-B

Code Régime	Définition régime
801	Critère de résidence avec cotisation
802	Critère de résidence sans cotisation
803	Critère de résidence sans cotisation, affiliation immédiate
804	Critère de résidence avec cotisation + risque AT
806	Critère de résidence sans cotisation assuré RMIste
833	Critère de résidence ex yougoslave majeur

Source : CNAMTS

Effectifs des bénéficiaires de la CMU-B, par régime d'attribution, juin 2010 et juin 2011 en métropole

Régime	Jun 2010	Part Jun 2010	Jun 2011	Part Jun 2011	Evolution	Pourcentage Evolution	Contribution Evolution
801	53 853	2,9%	50 322	2,7%	-3531	-6,6%	0,00
802	438 712	23,9%	400 294	21,5%	-38418	-8,8%	0,00
803	2 568	0,1%	5 262	0,3%	2694	104,9%	0,04
804	7 709	0,4%	9 458	0,5%	1749	22,7%	0,02
806	1 336 314	72,7%	1 399 052	75,0%	62738	4,7%	0,94
833	10	0,0%	2	0,0%	-8	-80,0%	0,00
Total	1 839 166	100,0%	1 864 390	100,0%	25 224		1,00

Source : CNAMTS

Les données de la CMU-B au titre du régime 806 ont progressé de 4,7 % de juin 2010 à juin 2011, passant de 1 336 314 à 1 399 052 bénéficiaires alors même que l'évolution globale des effectifs de la CMU de base régresse.

Les allocataires du RSA affiliés au régime 806 de la CMU de base représentaient 72,7 % des effectifs de la CMU-B au 30 juin 2010. Ils atteignent 75,0 % au 30 juin 2011.

La contribution des bénéficiaires au titre du régime 806 à l'évolution des effectifs totaux de la CMU-B est de 94 %.

⁵ RSA : Le revenu de solidarité active (RSA) est destiné à assurer un revenu minimum aux personnes sans ressource (RSA socle) ou à compléter les ressources des personnes dont l'activité professionnelle ne leur apporte que des revenus limités (RSA activité).

*Répartition des bénéficiaires de la CMU-B entre assurés et ayants-droit,
juin 2010 et juin 2011 en métropole*

Régime	Juin 2010			Juin 2011			Evol Part ayant-droit
	Assurés	Ayants-droit	Part ayants-droit	Assurés	Ayants-droit	Part ayants-droit	
801	32 040	21 813	40,5%	30 566	19 756	39,3%	-1,2%
802	328 932	109 780	25,0%	299 943	100 351	25,1%	0,0%
803	1 475	1 093	42,6%	2 669	2 593	49,3%	6,7%
804	4 170	3 539	45,9%	4 961	4 497	47,5%	1,6%
806	696 444	639 870	47,9%	688 958	710 094	50,8%	2,9%
833	7	3	30,0%	1	1	50,0%	20,0%
Total	1 063 068	776 098	42,2%	1 027 098	837 292	44,9%	2,7%
	1 839 166			1 864 390			

Source : CNAMTS

La structure des bénéficiaires entre assurés et ayants-droit a évolué entre juin 2010 et juin 2011. La part des ayants-droit, pour les bénéficiaires du RSA socle affiliés à la CMU-B est de 50,8 % fin juin 2011, soit 2,9 points de plus qu'en juin 2010.

L'augmentation des effectifs de la CMU-B au titre du régime 806 concerne donc essentiellement des familles.

1.3.3. La baisse du non recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806

Les bénéficiaires du RSA socle ont un accès de plein droit à la CMU-C sans nouvelle étude de leurs ressources. Ils doivent néanmoins en faire la demande. De nombreux bénéficiaires potentiels ne font pas valoir leurs droits. Ce phénomène est toutefois en recul. En effet, on observe un taux de non recours de 21,5 % à fin juin 2011, soit une baisse de 7,4 points en un an.

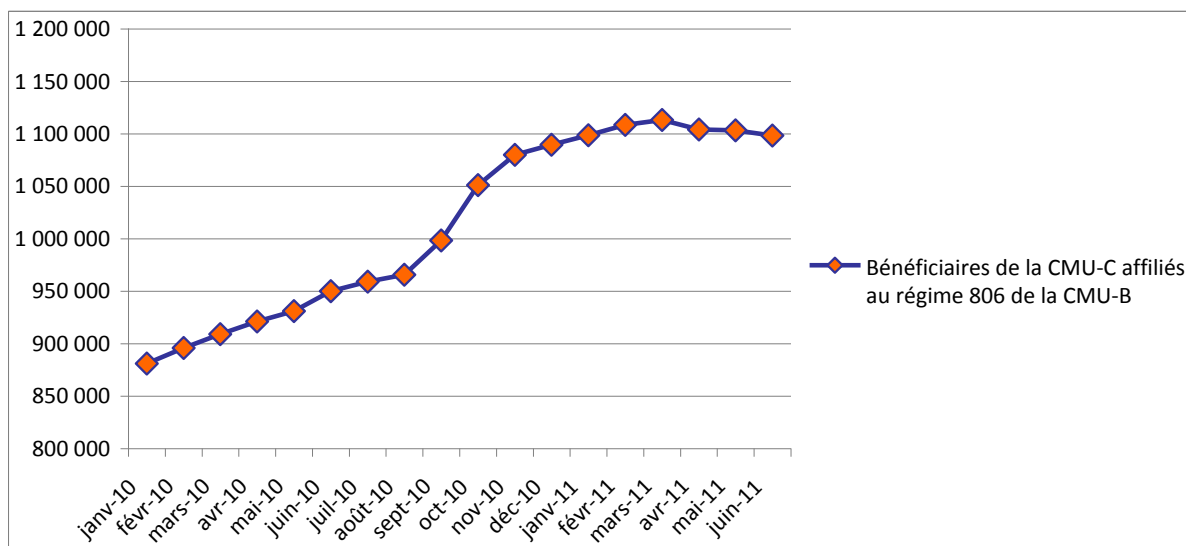
Les raisons de cette baisse sont certainement les résultats d'une meilleure information auprès des publics potentiels, mais également de la mise en place de la pré-instruction des demandes de CMU-C auprès des CAF. En effet, la loi instituant le RSA a confié aux CAF une mission de pré-instruction des demandes de CMU-C. Ainsi, lors d'une demande de RSA socle, la CAF apporte son aide au demandeur dans la constitution de son dossier de CMU-C et transmet à la CPAM compétente les éléments nécessaires à l'ouverture des droits à la CMU-C. Cette pré_instruction ne concerne toutefois que les premières demandes de RSA socle et ne permet donc pas d'atteindre le « stock » des allocataires du RSA socle.

Évolution du taux de non recours à la CMU-C des bénéficiaires du régime 806 de la CMU-B en métropole

	Jun 2010	Jun 2011	Evolution
CMU-B 806	1 336 314	1 399 052	4,7%
Dont sans CMU-C	386 384	300 597	-22,2%
Taux de non recours à la CMU-C	28,9%	21,5%	

Source : CNAMTS

Évolution des effectifs bénéficiaires de la CMU-C affiliés à la CMU-B au titre du régime 806 de janvier 2010 à juin 2011, métropole



Source : CNAMTS

La courbe du nombre de bénéficiaires de la CMU-C affiliés au régime 806 de la CMU de base est en augmentation constante depuis plusieurs mois.

La hausse des effectifs de la CMU-B résulte de deux décrets en date de 2007 (décret n°2007-199 et décret n°2007-354) dont l'effet a été de réduire la durée d'ouverture des droits et la réduction du maintien de droits, conduisant les personnes en fin de droits, ne pouvant être affiliées à aucun autre titre, à demander la CMU de base.

La hausse de septembre 2010 correspond à la période choisie par la CNAMTS pour le basculement dans le régime 806, des personnes bénéficiaires de l'allocation parent isolé relevant, jusqu'à l'entrée en vigueur du RSA, d'un régime spécifique.

Évolution par département

Le taux de non recours à la CMU-C a baissé entre juin 2010 et juin 2011 dans 93 départements de la métropole.

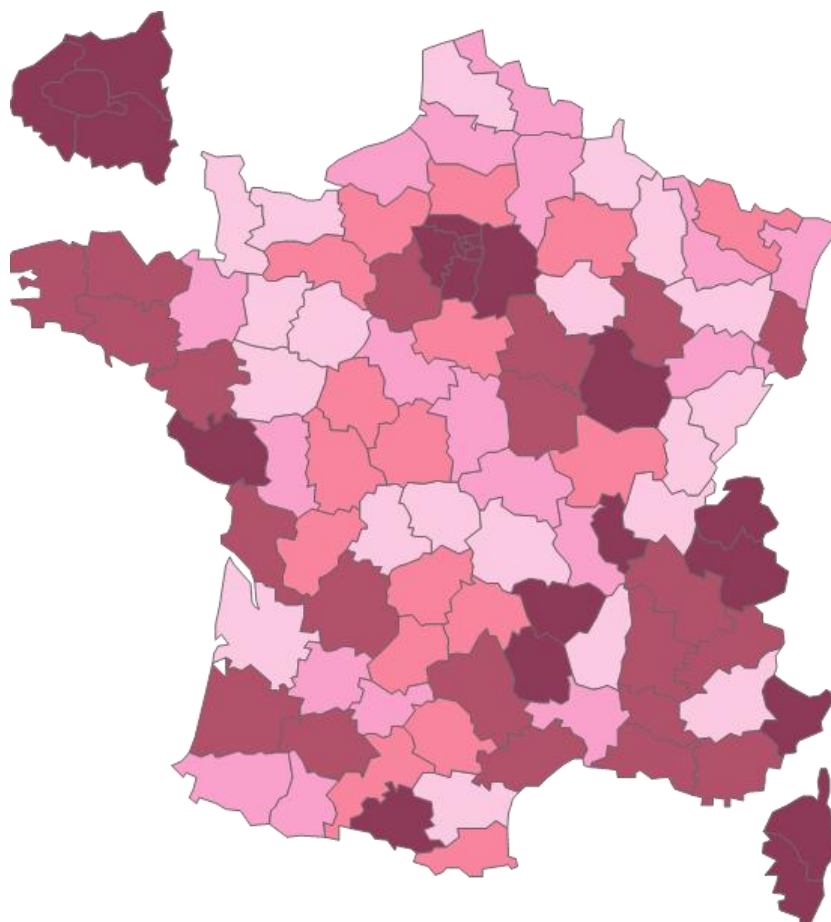
Départements de la métropole ayant connu une baisse du taux de non recours à la CMU-C pour les bénéficiaires affiliés au régime 806 entre juin 2010 et juin 2011

Département	Evolution du non-recours Juin 2011/Juin 2010
30 - Gard	-14,6%
84 - Vaucluse	-13,9%
52 - Haute-Marne	-11,9%
19 - Corrèze	-11,8%
56 - Morbihan	-11,7%

Source : CNAMTS

Au final, au 30 juin 2011, en métropole, la répartition du non recours, selon les départements, se répartit entre 8 % et 45,5 %.

Non recours à la CMU-C pour les allocataires du RSA socle affiliés au régime 806 de la CMU-B, par département de la métropole, au 30 juin 2011



Couleur	Pourcentage non recours				Nombre
	>=	24,4%	<=	45,5%	
	>=	20,6%	<=	24,2%	19
	>=	17,7%	<=	20,4%	21
	>=	16,4%	<=	17,6%	18
	>=	8%	<=	16,3%	18
					20
					96

Source : CNAMTS

1.3.4. L'amélioration dans la connaissance du dispositif : typologie des bénéficiaires et durée d'affiliation

Le Fonds CMU a concentré son étude sur les personnes affiliées au régime 801 (CMU de base avec cotisation), au régime 802 (CMU de base sans cotisation) et au régime 806 (bénéficiaires du RSA socle).

Trois CPAM ont été interrogées au cours de l'année 2011 dans le cadre du rapport d'évaluation, la CPAM de la Seine-Saint-Denis, celle des Bouches-des-Rhône et la CPAM de l'Ain. Cette dernière a spécifiquement été interrogée sur le sujet en raison de sa situation géographique, département frontalier de la Suisse, plus enclin à accueillir des travailleurs frontaliers affiliés au régime 801 de la CMU de base.

De l'analyse d'un échantillon d'assurés, constitué à partir de la liste des personnes n'ayant pas communiqué les éléments nécessaires au calcul de leur contribution, il ressort que :

- au sein du régime 801 : 90 % sont des travailleurs frontaliers suisses, les 10 % restant recouvrent des pensionnés ou bénéficiaires de revenus divers (fonciers notamment...)
- au sein du régime 802 : 36 % sont des personnes à faibles ressources exerçant une activité insuffisante pour ouvrir des droits au régime général, 13 % sont demandeurs d'asile, 11 % sont des enfants placés dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance, 10 % sont bénéficiaires de l'Allocation Vieillesse Suisse, 4 % sont des étudiants, le reste représentant des situations diverses.

Par ailleurs, la CPAM de l'Ain a fourni les éléments en sa possession sur la durée d'affiliation moyenne à la CMU de base et le régime de destination des sortants de la CMU de base.

Régime 806 :

A la sortie de la CMU de base, 42 % ont été affiliés au régime des salariés, 8 % au régime des retraités, 5% au titre de l'AAH, 4 % au régime de la CMU de base sans contribution (régime 802). Pour 33 %, le régime de sortie n'a pu être déterminé (il peut s'agir d'une affiliation en tant qu'ayants-droits, d'une mutation inter-régime, ou d'un changement de département).

Régime 802 :

A la sortie de la CMU de base, 22 % ont été affiliés au régime des salariés, 12 % au régime de la CMU de base avec contribution (régime 801), 10 % au régime 806 (bénéficiaires du RSA socle), 4 % au régime des demandeurs d'emploi (régime 90), 2 % au régime des retraités. Pour 44 % le régime de sortie n'a pu être déterminé.

Régime 801 :

A la sortie de la CMU de base, 25 % ont été affiliés au régime des salariés, 25 % au régime de la CMU de base sans contribution (régime 802), 13 % au régime des retraités, 3 % au régime des demandeurs d'emploi (régime 90), 2 % au régime 806 de la CMU de base (bénéficiaires du RSA socle). Pour 25 % le régime de sortie n'a pu être déterminé.

Durée moyenne d'affiliation à la CMU de base sur un échantillon d'assurés :

CPAM de Seine-Saint-Denis

	Durée moyenne d'affiliation
Régime 801	5 ans
Régime 802	8 ans
Régime 806	8 ans

CPAM de l'Ain

	Durée moyenne d'affiliation
Régime 801	4 ans
Régime 802	6 ans
Régime 806	3 ans

La CPAM des Bouches-du-Rhône a fourni des éléments sur le régime de destination des 4 357 ex-bénéficiaires de la CMU de base au cours des 10 dernières années.

Il ressort que : 1 444 ne sont plus affiliés à la CPAM des Bouches-du-Rhône.

Les autres assurés sont affiliés selon la répartition suivante :

	Répartition des régimes %
Régime 101 (salariés non agricoles)	62,92
Régime 095 (AME)	14,45
Régime 090 (demandeurs d'emploi)	2,71
Régime 110 (pensionnés vieillesse)	6,87
Régime 180 (AAH et droits AT)	4,98
Régimes 560,130,120 (Inaptitude, GIG, aveugles, sapeurs-pompiers invalides, invalidité)	2,51
Régime 656 (Détenus)	3,09
Régime 669 (ex-API)	0,79
Autres régimes	1,68

Source : CPAM des Bouches-du-Rhône

2. Les dépenses qui progressent raisonnablement

2.1. Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C

En 2011, la dépense moyenne pour la part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C⁶ est estimée à 445,37 € pour la CNAMTS (en droits constatés, métropole et Dom), soit une augmentation de + 3,6 % par rapport à l'exercice précédent. Les données pour 2011 sont toutefois provisoires. En effet, la dépense en droits constatés au titre de l'exercice 2011 ne sera connue dans sa totalité qu'à la fin de l'exercice 2012. De même, le nombre moyen de bénéficiaires de la CMU-C ne sera stabilisé qu'après le décompte définitif de décembre 2011, qui sera effectué en mai 2012.

A ce jour, les données définitives connues concernent l'exercice 2010. Avec une dépense globale de 1 445 293 430 € et un effectif moyen stabilisé à 3 363 069 bénéficiaires, la dépense moyenne définitive pour cet exercice s'établit à 429,75 € (437,63 € pour la métropole et 382,29 € pour les départements d'outre-mer) soit + 3,0 % par rapport à 2009.

2.1.1. Le montant des dépenses globales

En 2011, la dépense globale du régime général (métropole et Dom) en droits constatés est estimée à 1 526 245 752 €, soit une augmentation de + 5,6 % par rapport à 2010. La dépense de la CNAMTS représente 94,4 % de la dépense totale des trois grands régimes obligatoires.

Concernant la dépense du régime des indépendants, elle est estimée à 58 560 739 € et connaît une progression de + 16,7 % sur la période 2010/2011. En revanche, la dépense du régime agricole, estimée à 31 463 333 € en 2011, diminue de - 4,9 % par rapport à 2010.

Montant de la dépense globale, métropole et Dom, en droits constatés, CNAMTS, RSI, MSA

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
CNAMTS	1 390 965 476,91 €	1 443 355 706,87 €	1 401 991 001,49 €	1 401 026 078,64 €	1 445 293 430,48 €	1 526 245 751,77 €
RSI	42 573 730,69 €	47 859 527,32 €	50 053 466,54 €	49 387 823,77 €	50 178 426,60 €	58 560 739,18 €
MSA	40 803 083,28 €	42 523 264,07 €	40 552 261,98 €	37 716 651,94 €	33 074 274,92 €	31 463 333,15 €

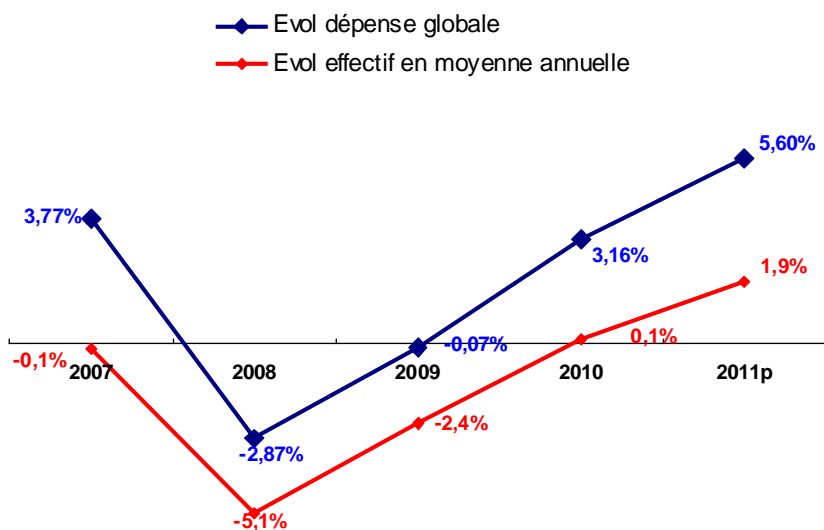
*Données provisoires

Source : CNAMTS, RSI, MSA

Les éléments du graphique ci-dessous indiquent que la dépense globale de la CNAMTS évolue en fonction du nombre de bénéficiaires de la CMU-C gérés. L'année 2011 n'est pas l'exception puisque la progression de la dépense (+ 5,6 %) s'explique notamment par la progression de l'effectif (+ 1,9 %, en moyenne annuelle).

⁶ Pour mémoire, le montant de la dépense moyenne est calculé sur la base de la dépense globale en droits constatés, divisée par l'effectif moyen de l'année concernée.

Évolution de la dépense globale et de l'effectif CMU-C géré par la CNAMTS, métropole et Dom, de 2007 à 2011



Source : CNAMTS

A l'instar du régime général, le montant des dépenses totales du RSI et de la MSA en 2011 sont en fonction de l'évolution de leur effectif : + 10,8 % et - 6,3 % respectivement, en moyenne annuelle.

Comparaison des dépenses de soins de ville entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires du régime général

Cet indicateur est calculé à partir du ratio entre les dépenses moyennes en ville des neuf premiers mois de l'année des bénéficiaires de la CMU-C et celles des autres bénéficiaires du régime général.

Pour faciliter la compréhension, le tableau ci-dessus doit être lu de la manière suivante : en 2011, à âge et sexe identique, hors ALD, un bénéficiaire de la CMU-C a une dépense moyenne de ville supérieure de 31 % à celle d'un autre assuré du régime général, non bénéficiaire de la CMU-C.

Écart de la dépense de ville entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires 2006/2011 sur les 9 premiers mois de chaque année

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ecart dépense ville	27%	27%	27%	28%	30%	31%

Source : CNAMTS

Pour expliquer cette différence, nous retiendrons que les bénéficiaires de la CMU-C se déclarent en moins bonne santé que le reste de la population. La surexposition des bénéficiaires à des maladies graves, mais aussi à des facteurs de risque tels que le tabac, l'obésité et les troubles psychiques impacteraient de manière conséquente les dépenses de médicaments, qui représentent près de 31 % des dépenses de ville en 2011 (cf 1.1.3 sur l'indicateur de santé perçue).

2.1.2. Le coût moyen

Le coût moyen par régime

Le Fonds CMU détermine, à partir des données fournies par les régimes et les organismes complémentaires, le coût moyen du dossier d'un bénéficiaire de la CMU-C pour la part complémentaire de ses dépenses.

En 2011, le coût moyen prévisionnel des bénéficiaires gérés par la CNAMTS est estimé, pour la métropole et les départements d'outre-mer, à 445,37 €. Ce montant est nettement supérieur au coût moyen de la MSA (379,76 €, en métropole) et du RSI (330,26 €). Cet écart s'explique par le nombre de bénéficiaires gérés par le régime général, 90,6 % du nombre total de bénéficiaires de la CMU-C, mais surtout par leur situation de santé plus dégradée. Le RSI intègre par ailleurs des bénéficiaires dont le recours aux soins est plus faible que celui des salariés, ces personnes rencontrent moins de problèmes de santé et ont plus souvent recours à la médecine de ville. Les bénéficiaires de la MSA se trouvent dans une situation intermédiaire.

Le coût moyen des bénéficiaires de la CMU-C gérés par un organisme complémentaire est quant à lui estimé à 383,20 € pour 2011.

Montant et évolution du forfait et des coûts moyens, métropole et Dom (sauf MSA) de 2005 à 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Montant du forfait	305 €	340 €	340 €	340 €	370 €	370 €	370 €
Evol		11,5%	0,0%	0,0%	8,8%	0,0%	0,0%
CNAMTS (y compris SLM)	359,28 €	382,94 €	397,93 €	407,37 €	417,20 €	429,75 €	445,37 €
Evol		6,6%	3,9%	2,4%	2,4%	3,0%	3,6%
RSI	300,87 €	311,53 €	336,27 €	338,81 €	334,40 €	312,90 €	330,26 €
Evol		3,5%	7,9%	0,8%	-1,3%	-6,4%	5,5%
MSA métropole	314,18 €	335,22 €	371,36 €	364,82 €	370,02 €	365,61 €	379,76 €
Evol		6,7%	10,8%	-1,8%	1,4%	-1,2%	3,9%
Organismes complémentaires	301,00 €	314,00 €	336,00 €	362,20 €	366,60 €	372,40 €	383,20 €
Evol		4,3%	7,0%	7,8%	1,2%	1,6%	2,9%

Source : CNAMTS, RSI, MSA, OC

Le coût moyen évolue de manière hétérogène selon le régime

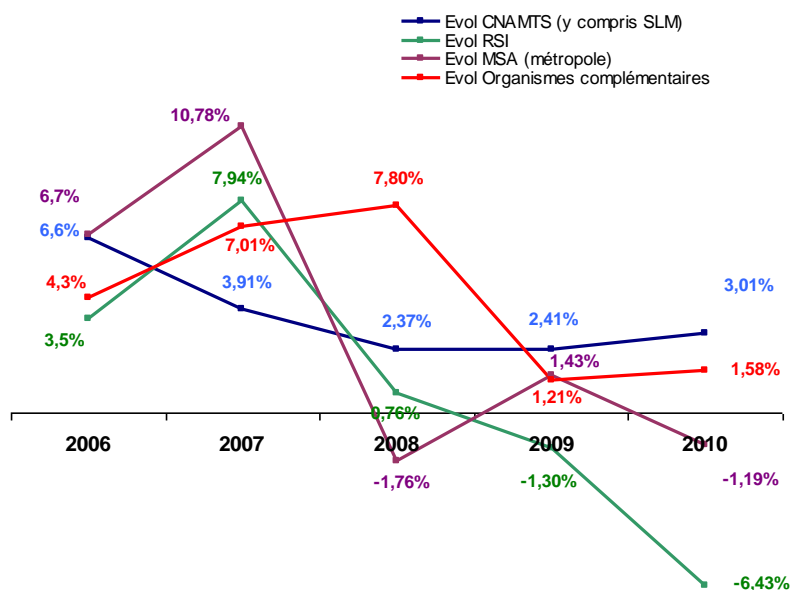
En 2010⁷, le coût moyen du régime général, en métropole et dom, progresse de + 3 % par rapport à l'année précédente. Cette évolution reste cohérente avec la progression du coût moyen, constante mais maîtrisée, des exercices antérieurs (voir graphique ci-dessous).

Avec des évolutions moins linéaires dans le temps, les coûts moyens de la MSA et du RSI connaissent une diminution de - 1,2 % et - 6,4 % respectivement sur la période 2009/2010.

Les organismes complémentaires se trouvent dans une situation intermédiaire puisque leur coût augmente de + 1,6 en 2010.

⁷ S'agissant de données prévisionnelles, les données pour 2011 n'ont pas été incluses dans l'analyse ni dans le graphique explicatif de cette partie.

Évolution du coût moyen, dépense totale, CNAMTS, RSI, MSA et organismes complémentaires, métropole et Dom (sauf MSA), en droits constatés de 2007 à 2010



Source : CNAMTS, RSI, MSA, organismes complémentaires

Les dépenses réelles de CMU-C selon les gestionnaires de contrats

La prise en charge des dépenses des gestionnaires des contrats CMU-C est réalisée par le Fonds sous la forme d'un forfait par bénéficiaire (fixé à 370 € depuis 2009). Dès lors, si les dépenses réelles dépassent le montant du forfait, ce sont les gestionnaires qui supportent la différence. A contrario, lorsque la dépense est inférieure au forfait de remboursement, les gestionnaires bénéficient de cet excédent.

A la lumière des estimations réalisées pour 2011, le coût moyen CMU-C de la CNAMTS excède d'environ 75,3 € le montant de remboursement. Etant donné que la CNAMTS a géré, en moyenne annuelle, près de 3,4 millions de dossiers CMU-C (métropole et dom), le déficit lié à la gestion de ce dispositif serait de près de 257 M€ en 2011. Pour les organismes complémentaires et la MSA, le coût total est respectivement estimé à 8,7 M€ et 0,78 M€ pour 2011.

En revanche, le RSI reste excédentaire dans la gestion du dispositif, le montant moyen estimé de ses dépenses en 2011 (330,26 €) étant inférieur au forfait.

Le coût moyen et la dépense moyenne de ville par régime en métropole

En 2010, le coût moyen d'un bénéficiaire de la CMU-C géré par le régime général en métropole est de 437,63 €. Il est nettement supérieur aux montants moyens du RSI (312,91 €) et de la MSA (365,61 €). L'évolution des coûts moyens en métropole, pour les trois régimes, reste significativement la même que celle constatée pour la France entière (métropole et Dom).

Coût moyen, dépense totale, CNAMTS, RSI, MSA, métropole, en droits constatés de 2006 à 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
CNAMTS	390,25 €	404,72 €	413,89 €	425,19 €	437,63 €
RSI	311,70 €	337,46 €	339,40 €	334,42 €	312,91 €
MSA	335,22 €	371,36 €	364,82 €	370,02 €	365,61 €

Source : CNAMTS, RSI, MSA

S'agissant des dépenses moyennes de ville, le coût moyen de la CNAMTS en 2010 a été de 317,11 €. Pour les trois régimes, la part consacrée aux dépenses de ville est très supérieure à celle de l'hôpital. Pour le régime général, celle-ci correspond à 72,5 % de la dépense totale.

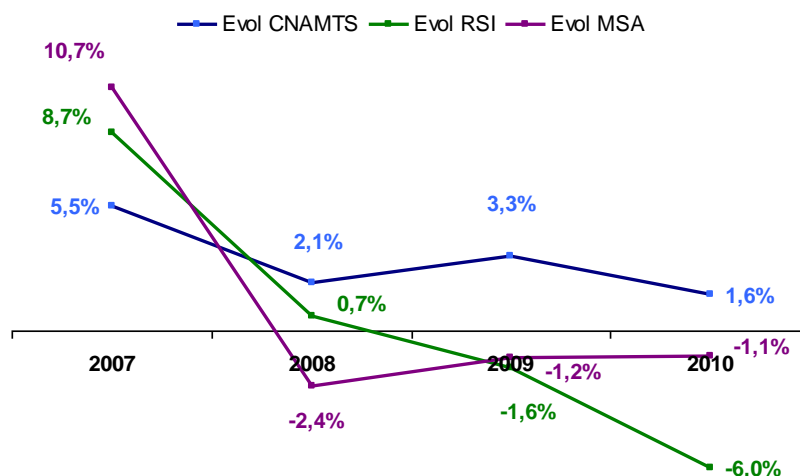
Coût moyen, dépense de ville, CNAMTS, RSI, MSA, métropole, en droits constatés de 2006 à 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
CNAMTS	280,57 €	296,03 €	302,28 €	312,21 €	317,11 €
RSI	252,24 €	274,22 €	276,01 €	271,60 €	255,20 €
MSA	268,12 €	296,81 €	289,67 €	286,29 €	283,15 €

Source : CNAMTS, RSI, MSA

En 2010, se creuse l'écart entre le coût moyen de la dépense en ville de la CNAMTS et celui du RSI (255,20 €) et de la MSA (283,15 €). Cela s'explique notamment par la diminution constatée au cours de l'année des coûts du RSI (- 6 %) et de la MSA (- 1,1 %).

Évolution du coût moyen, dépense de ville, CNAMTS, RSI, MSA, métropole, en droits constatés



Source : Tous régimes

2.1.3. Focus sur les dépenses des bénéficiaires du régime général

Dépenses de ville et hospitalière

En 2010, la dépense moyenne des bénéficiaires de la CNAMTS en ville est de 314,89 € (métropole et Dom). Pour l'hôpital, la dépense est de 114,87 €. A noter que cette répartition reste en cohérence avec celle des années précédentes.

Montant et évolution de la dépense moyenne de la part complémentaire, CNAMTS, métropole et Dom, en droits constatés, de 2006 à 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Dépense moyenne Ville	278,81 €	293,88 €	301,22 €	309,88 €	314,89 €
Évolution		5,41%	2,50%	2,87%	1,62%
Dépense moyenne Hôpital	104,13 €	104,06 €	106,15 €	107,32 €	114,87 €
Évolution		-0,07%	2,01%	1,10%	7,03%

Source : CNAMTS

Alors que sur la période 2007/2009 la progression de la dépense de ville était plus dynamique que la dépense hospitalière, l'année 2010 est marquée par une forte augmentation de la dépense moyenne liée à l'hôpital (+ 7 %). Sur ce point, la CNAMTS doit interroger les caisses ayant présenté les plus fortes évolutions sur cette période. Les informations obtenues viendront confirmer s'il s'agit d'une nouvelle tendance ou bien d'une évolution liée à un effet de régularisation des données pour 2010.

Dépense moyenne par poste, en métropole

En droits constatés, en métropole, la dépense moyenne pour la ville des bénéficiaires de la CMU-C gérés par le régime général est estimée à 317,11 € en 2010. Elle augmente de + 1,6 % rapport à 2009. En trésorerie, cette même dépense est de 317,62 €, avec une évolution ACM de + 2,3 %. Pour rappel, le taux de croissance annuel en données brutes pour la dépense de ville du régime général à la fin décembre 2010 est de 3,1 %. Pour 2010, l'évolution de la dépense moyenne de la ville pour les bénéficiaires de la CMU-C est donc inférieure à celle de l'ensemble des assurés de la CNAMTS.

En 2010, 72,5 % de la dépense moyenne totale est consacrée à la ville (27,5 % pour l'hôpital). Les principaux postes, en termes de dépense, relèvent des médicaments (30,2 %), suivi par les prothèses dentaires (16 %) et les honoraires des généralistes (15,6 %).

Pour mémoire, la dépense en droits constatés ne peut être détaillée que pour l'année n-1, la dépense de l'année n fait l'objet d'une provision globale sur les montants au titre de l'exercice antérieur, qui seront versées en 2011.

Répartition du coût moyen, métropole, en droits constatés, pour la CNAMTS de 2008 à 2010

	2008	2009	2010
Dépense totale	413,89 €	425,19 €	437,63 €
Ville	302,28 €	312,21 €	317,11 €
Pourcentage Dépense Ville	73,0%	73,4%	72,5%
Total des trois principaux postes :	187,94 €	194,45 €	195,86 €
Médicaments	95,35 €	95,59 €	95,76 €
Honoraires des généralistes	47,45 €	50,85 €	49,33 €
Forfaits proth. dentaires	45,14 €	48,01 €	50,77 €
Hôpital	111,61 €	112,98 €	120,52 €
Pourcentage Dépense Hôpital	27,0%	26,6%	27,5%
Honoraires	73,12 €	75,96 €	80,53 €
Forfait journalier	38,49 €	37,02 €	39,99 €

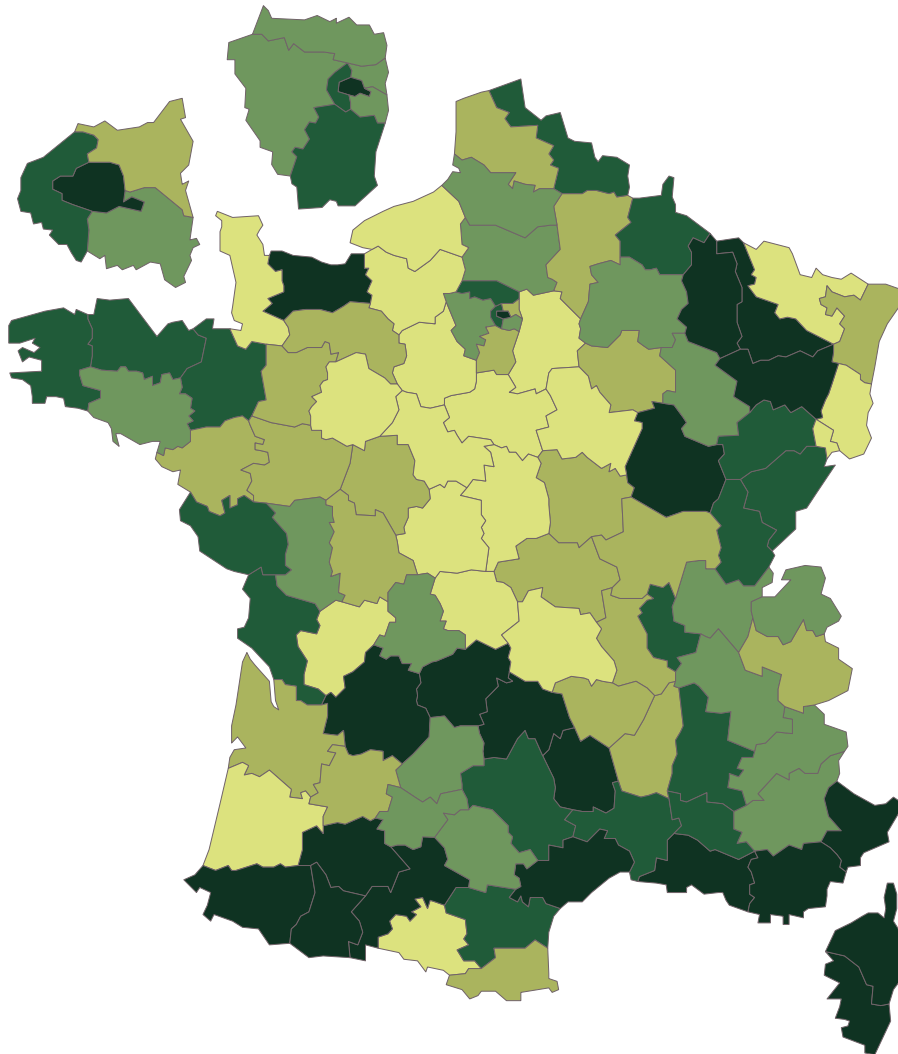
Source : CNAMTS

Coût moyen par département

En 2010, la dépense moyenne du régime général en droits constatés, en métropole, est de 437,63 €. Aux deux extrêmes, le département de l'Yonne présente le coût moyen le plus faible avec 335,55 € et le département de la Lozère le plus élevé avec un coût moyen de 980,89 €. En affinant l'analyse, le coût moyen se trouve dans une fourchette comprise entre de 396,79 € (quartile 0,25) et 440,81 € (quartile 0,75), la valeur médiane étant de 414,68 €. Dans les départements d'outre-mer, le coût moyen en 2010 s'échelonne entre 270,72 € en Martinique et 524,54 € en Guyane. L'évolution par rapport à 2009 est de + 10 % et + 0,5 % respectivement.

Dépense moyenne par département en droits constatés, métropole, 2010, CNAMTS

Couleur	Montants		Nombre	Dépense	Pourcent Dépense
	>= 447,76 €	<= 980,89 €	20	371 865 374,35 €	29,5%
	>= 424,03 €	< 447,76 €	19	333 362 050,37 €	26,4%
	>= 406,56 €	< 424,03 €	19	217 580 503,19 €	17,2%
	>= 389,14 €	< 406,56 €	19	196 663 831,00 €	15,6%
	>= 335,55 €	< 389,14 €	19	142 806 175,31 €	11,3%
			96	1 262 277 934,22 €	100,0%



Source : CNAMTS

2.1.4. Le taux de recours aux consultations externes à l'hôpital

La CNAMTS travaille actuellement sur deux informations demandées régulièrement par le Fonds CMU : les dépenses hospitalières et le coût global d'un bénéficiaire de la CMU-C.

Des indicateurs spécifiques devraient être créés dans le courant de l'année 2012.

D'ores et déjà, en ce qui concerne l'hôpital, des données intéressantes ont été communiquées par la CNAMTS à la fin de l'année 2011 concernant le taux recours des bénéficiaires de la CMU-C aux consultations externes. En 2010, il atteint 32,72 %, contre 25,18 % pour les non bénéficiaires de la CMU-C.

Contrairement à l'idée reçue, les bénéficiaires de la CMU-C se dirigent majoritairement vers la médecine de ville et non vers les consultations externes hospitalières. Toutefois, ils sont un peu plus nombreux que les autres assurés parmi les usagers des consultations externes. Ce résultat doit être rapproché de l'état de santé plus dégradé des bénéficiaires de la CMU-C.

En effet, dans une étude déjà ancienne, la DREES indiquait que quatre consultations externes sur dix sont directement liées à des hospitalisations et plus de la moitié sont effectuées en spécialités chirurgicales (Études et résultats n°167 – Avril 2002). Par ailleurs, la dernière étude réalisée avec le CETAF sur le non recours aux soins (cf. 4.7.1 « L'étude avec le CETAF sur le non recours aux soins ») a mis en évidence le fait que les bénéficiaires de la CMU-C craignent, par la méconnaissance de leurs droits, d'être confrontés à un reste à charge. Les consultations externes à l'hôpital leur offrent la garantie de ne pas avoir à avancer la moindre somme.

Il est intéressant de noter également que le taux de recours aux consultations externes des bénéficiaires de la CMU-C a progressé plus vite que celui des non bénéficiaires sur la période 2009/2010: + 2,79 points contre + 1,06 points respectivement.

Taux de recours aux consultations externes à l'hôpital, CNAMTS

	Taux de recours standardisé (sur l'âge et le sexe)	
	2009	2010
Bénéficiaire de la CMU-C	29,93%	32,72%
Non bénéficiaire de la CMU-C	24,12%	25,18%
Total	24,65%	25,86%

Source : CNAMTS

2.2. Le coût global de l'ACS

2.2.1. Un coût annuel qui reste faible

Le coût global de l'ACS est faible puisque sur l'année 2011, il s'élève à 157 millions d'euros (135 millions en 2010), correspondant à la couverture de près de 580 000 personnes en moyenne.

Ce chiffre peut-être comparé à celui évalué (au niveau des régularisations) de la CMU-C gérée par les organismes complémentaires en 2011 et qui devrait avoisiner les 250 millions d'euros pour 690 000 bénéficiaires environ.

2.2.2. La dépense moyenne par bénéficiaire

Le montant moyen trimestriel de la déduction est resté parfaitement stable sur l'année à hauteur de 68 euros correspondant à un montant annuel de 273 euros (268 euros en 2010).

Le chiffre de 273 euros peut être rapproché de celui du montant du forfait CMU-C (370 euros). Toutefois, dans le cas de la CMU-C, le reste à charge sur prestations est censé être nul pour le bénéficiaire alors que cela n'est pas le cas pour un bénéficiaire de l'ACS qui est couvert par un contrat classique proposé sur le marché.

Ce dernier subit alors le reste à charge sur le prix de son contrat qui s'élève entre 40 et 50 % environ d'après l'enquête conduite annuellement par le Fonds CMU sur l'ACS. Au-delà, le bénéficiaire subit un reste à charge sur prestations dont cette enquête démontre également chiffres à l'appui qu'il est loin d'être négligeable.

Le montant de 500 euros attribué aux 60 ans et plus, dépasse largement le montant du forfait CMU-C mais ce dernier est on le sait loin de couvrir en moyenne, le montant de la part complémentaire pour cette tranche de la population.

3. Les comptes du Fonds CMU

3.1. Un ralentissement confirmé dans la progression du chiffre d'affaires des organismes complémentaires

L'examen de l'assiette a été marqué par le contexte du passage de la contribution en taxe et de l'instauration de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) de 3,5 % sur les contrats responsables, qui sont intervenus à compter du 1^{er} janvier 2011. Le taux de la TSCA a par ailleurs été doublé à compter du 1^{er} octobre 2011.

3.1.1. Une évolution globale modérée

ENCADRÉ 1 :

La révision des hypothèses budgétaires

En ce qui concerne les recettes, depuis l'exercice 2009, le Fonds CMU est exclusivement financé par une contribution des organismes complémentaires. Au 1^{er} janvier 2009, le taux de cette contribution est passé de 2,5 % à 5,9 %. Depuis le 1^{er} janvier 2011, la contribution CMU est devenue une taxe, et son taux est passé de 5,9 % à 6,27 %, sans conséquence pour le Fonds CMU puisque le chiffre d'affaires est calculé hors taxe.

La loi de finances pour 2011 a également assujéti à la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) les contrats « solidaires et responsables » au taux réduit de 3,5 %, les contrats non responsables étant taxés à hauteur de 7 %. La loi de finances rectificative pour 2011 a ensuite porté cette taxe sur les conventions d'assurance à 7 % pour les premiers, et au taux de droit commun de 9 % pour les seconds.

Ces mesures successives impactent l'évolution du chiffre d'affaires des organismes complémentaires puisque les taxes sont in fine répercutées sur le prix du contrat et le Fonds CMU est obligé d'en tenir compte dans ses prévisions budgétaires.

En ce qui concerne les dépenses, l'année 2011 a été marquée par le relèvement du plafond ACS au niveau du plafond CMU-C majoré de 26 % à compter du 1^{er} janvier 2011. Par ailleurs, l'évolution des effectifs de la CMU-C a été moins importante que celle attendue et les dépenses ont donc été réajustées en conséquence dans les prévisions budgétaires.

La déclaration trimestrielle des organismes complémentaires

Les organismes complémentaires adressent chaque trimestre à l'URSSAF de Paris, devenue Urssaf « unique » à compter du 1^{er} janvier 2011, un bordereau déclaratif qui mentionne le montant des assiettes taxe / contribution CMU-C. Ils envoient en parallèle une copie de ce document au Fonds CMU.

Les données ainsi obtenues permettent de reconstituer le chiffre d'affaires santé des OC.

Conformément aux dispositions au I de l'article L. 862-4 du code de la Sécurité sociale)⁸, il est important de préciser que l'assiette déclarée par les OC est établie sur « le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements ».

⁸ L'article L.862-4 du code de la sécurité sociale a été modifié par l'article 190 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

Sur 2011, l'« assiette taxe » s'établit à 29 333 millions d'euros, l'« assiette contribution » reconstituée à 1 268 millions d'euros, soit une assiette totale de **30 601** millions d'euros en 2011 (**29 661** millions d'euros en 2010 [assiette reconstituée]).

Rappel préalable : Pour que l'évolution entre 2010 et 2011 puisse être interprétée et analysée de façon homogène, celle-ci est calculée à méthode de comptabilisation inchangée, c'est-à-dire hors taxe et hors contribution.

Les données détaillées obtenues sur 2011 s'établissent de la manière suivante :

Assiettes taxe / contribution CMU-C déclarées par les OC auprès du Fonds CMU en 2011

2011	T1		T2		T3		T4		Total	
	Taxe	Contrib	Taxe	Contrib	Taxe	Contrib	Taxe	Contrib	Taxe	Contrib Reconstituée
<i>en €</i>										
Mutuelles	4 565 252	203 452	4 123 032	38 571	4 183 527	21 781	4 107 517	5 229	16 979 328	254 044
IP	1 065 043	224 205	1 283 086	39 472	1 282 347	7 805	1 253 283	4 808	4 883 759	260 897
Assurances	2 479 746	449 521	1 435 575	224 819	1 664 307	71 870	1 890 293	51 145	7 469 921	752 932
	8 110 041	877 178	6 841 693	302 862	7 130 181	101 456	7 251 093	61 182	29 333 008	1 267 873
Répartition Taxe/Contrib	90,24%	9,76%	95,76%	4,24%	98,60%	1,40%	99,16%	0,84%	30 600 881	
Total du trimestre	8 987 219		7 144 555		7 231 637		7 251 093			

2011/2010	T1		T2		T3		T4		2011/2010 HT, HC
	Brut	HT, HC	Brut	HT, HC	Brut	HT, HC	Brut	HT, HC	
Mutuelles	-3,59%	1,85%	-1,76%	3,99%	-3,15%	2,53%	-0,81%	5,03%	3,28%
IP	-1,82%	2,97%	1,96%	7,80%	-4,28%	1,33%	-3,42%	2,26%	3,56%
Assurances	-1,59%	3,32%	-4,01%	0,89%	-6,38%	-1,08%	1,22%	7,03%	2,70%
	-2,70%	2,51%	-1,63%	3,93%	-4,15%	1,43%	-0,74%	5,06%	3,17%

HT, HC : Hors Taxes, Hors Contribution

Source : déclarations des OC auprès du Fonds CMU

L'évolution « hors taxe et hors contribution » s'établit sur l'exercice 2011, en comparaison avec l'exercice 2010, à + **3,2 %**, chiffre qui s'inscrit dans la continuité de l'inflexion amorcée depuis 2009.

Comme le montre le tableau, les évolutions trimestrielles ont été erratiques : + 2,5 % sur le 1^{er} trimestre 2011 par rapport au 1^{er} trimestre 2010, + 3,9 % sur le 2^{ème} trimestre, + 1,4 % sur le 3^{ème} trimestre, enfin, + 5,1 % sur le 4^{ème} et dernier trimestre qui aura donc enregistré l'augmentation relative la plus élevée. Cela s'explique en partie par la mise en œuvre de nouvelles modalités déclaratives introduites par les dispositions de la circulaire ministérielle du 8 avril 2011⁹.

Sur l'ensemble de l'année 2011, l'« assiette taxe » (par rapport à l'« assiette contribution ») a représenté 95,6 % du total de l'assiette déclarée, ce qui est logique puisque les dates d'échéances principales des contrats sont situées, en général, en début d'année.

⁹ Méthode de comptabilisation de la taxe à partir des émissions et non plus des encaissements, échelonnement des émissions etc.

3.1.2. Des évolutions proches entre familles d'OC

In fine, après avoir constaté des évolutions trimestrielles sensiblement différenciées, l'évolution selon la nature des organismes s'avère assez resserrée à l'issue de l'exercice : + 3,6 % pour les IP, + 3,28 % pour les mutuelles et + 2,7 % pour les sociétés d'assurance. On rappellera que la hausse avait été très forte pour les sociétés d'assurance en 2010. (+ 6,5 %), et quasi inexistante pour les IP (+ 0,7 %).

Toutefois, il convient de rappeler que ces constats relevaient davantage de situations individuelles particulières et concernaient logiquement les organismes de plus grande taille au sein de chaque catégorie, plutôt qu'une logique sectorielle bien définie.

L'assiette déclarée par les OC est très concentrée puisque 50 % de son montant relève de 28 organismes. Ce sont donc logiquement ces derniers qui impactent réellement le taux d'évolution global affiché.

*Assiettes taxe / contribution CMU-C déclarées en 2011 :
28 OC représentant 50 % de l'assiette déclarée*

Siren	Nom	Nature	CA hors taxe et hors contribution 2011	Part dans le CA cumulé	Evol 2011 / 2010
775 685 399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	Mutuelle	1 337 665 710	4,4%	9,68%
310 499 959	AXA France vie	Assurance	1 200 337 897	8,3%	2,34%
784 621 468	BTP prévoyance - CNPBTP	IP	1 046 370 345	11,7%	3,68%
322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	Assurance	943 896 212	14,8%	4,18%
442 224 671	Préviadis	Mutuelle	943 496 954	17,9%	-4,07%
775 685 340	MG - Mutuelle générale	Mutuelle	739 182 655	20,3%	0,12%
775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	IP	640 842 713	22,4%	113,35%
500 751 789	Mutuelle Harmonie mutualité	Mutuelle	619 285 068	24,4%	6,10%
503 380 081	Mutuelle UNEO	Mutuelle	564 027 396	26,3%	6,01%
775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du so	Mutuelle	552 090 156	28,1%	-2,17%
542 110 291	Allianz IARD	Assurance	538 215 334	29,9%	-9,92%
333 232 270	AG2R prévoyance	IP	544 691 225	31,6%	5,49%
410 005 110	Novalis prévoyance	IP	506 762 035	33,3%	-1,72%
775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	Mutuelle	454 431 850	34,8%	3,96%
331 542 142	MAAF santé	Mutuelle	420 020 467	36,2%	4,92%
352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	Assurance	404 189 765	37,5%	3,87%
340 427 616	Groupama Gan Vie	Assurance	393 234 258	38,8%	7,85%
440 048 882	MMA IARD	Assurance	392 949 269	40,1%	10,16%
602 062 481	Generali vie	Assurance	374 275 420	41,3%	-17,21%
352 358 865	Pacifica - L'assurance dommages au Crédit agricole	Assurance	371 275 498	42,5%	6,49%
318 990 736	Uniprévoyance	IP	345 646 500	43,6%	3,80%
775 659 907	Mutuelle mieux-être	Mutuelle	327 949 810	44,7%	55,28%
779 558 501	MACIF mutualité	Mutuelle	318 449 561	45,7%	1,03%
412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	Assurance	312 562 320	46,8%	12,63%
775 627 391	Mutuelle Apreva	Mutuelle	286 835 501	47,7%	1,09%
329 233 266	APRI prévoyance	IP	284 336 734	48,6%	108,09%
784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	Mutuelle	272 415 784	49,5%	-17,02%
306 522 665	AVIVA assurances	Assurance	247 803 263	50,3%	2,58%

Source : déclarations des OC auprès du Fonds CMU

L'examen du tableau confirme la nécessité d'une approche OC par OC pour expliquer les évolutions, une approche sectorielle serait en effet dans ce cas de figure inopérante.

3.1.3. Un secteur en évolution permanente

Au 31 décembre 2011, le nombre d'organismes ayant déclaré une assiette santé auprès du Fonds CMU s'établit à 682 (715 en 2010). Il est en constante diminution depuis que le Fonds CMU dispose de ces données, à savoir 2000 (près de 1 800 OC recensés à l'époque).

Cette diminution est due essentiellement à des regroupements d'organismes et des disparitions de mutuelles dont le mouvement se poursuit et devrait perdurer.

Les mutuelles sont au nombre de 559, les sociétés d'assurance de 94, le nombre d'institutions de prévoyance s'élève quant à lui à 29 (respectivement 587, 94 et 34 en 2010).

*Recensement des organismes déclarant un chiffre d'affaires santé auprès du Fonds CMU
selon leur nature*

Année	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Total
2006	849	99	46	994
2007	811	93	38	942
2008	751	93	36	880
2009	656	93	35	784
2010	587	94	34	715
2011	559	94	29	682

Source : Fonds CMU

Les institutions de prévoyance représentent 17 % de ce marché alors qu'elles regroupent 4 % du nombre des organismes. Il s'agit dans l'ensemble de grandes institutions de complémentaire santé (27 des 29 institutions de prévoyance ont une assiette supérieure à 10 millions d'euros dont 12 ont une assiette supérieure à 100 millions d'euros). Elles font partie de groupes de protection sociale intervenant sur d'autres champs de l'assurance (retraite, décès, incapacité, invalidité, etc.).

Les sociétés d'assurance, qui représentent 14 % des organismes, réalisent 27 % du chiffre d'affaires. Une différenciation plus grande existe au sein de ce type d'organisme. Sur 94 sociétés d'assurance recensées, 54 ont une assiette supérieure à 10 millions d'euros (dont 21 à plus de 100 millions d'euros). Les autres ont en moyenne une assiette se situant autour de 1,6 millions d'euros. Il s'agit principalement de petites structures et, dans une moindre mesure, de sociétés de taille moyenne mais dont l'activité santé apparaît marginale.

Quant aux mutuelles, elles regroupent 82 % des organismes et 56 % du marché. Le monde de la mutualité, malgré la mutation en cours, demeure encore très morcelé. Ce constat est renforcé par le fait que l'assiette déclarée par les mutuelles substituées, qui existent encore juridiquement, est généralement intégrée dans celle de la mutuelle qui substitue (dite substituante).

En 2011, 191 mutuelles déclarent une assiette supérieure à 10 millions d'euros (dont 39 à plus de 100 millions d'euros). Les autres déclarent une assiette moyenne de 2,6 millions d'euros.

Les OC déclarant un chiffre d'affaires santé supérieur à 100 millions d'euros représentent : 86 % de l'assiette déclarée au sein des institutions de prévoyance (41 % de l'effectif), 84 % au sein des sociétés d'assurance (22 % de l'effectif), enfin, 63 % au sein des mutuelles (7 % de l'effectif).

Au sein de la mutualité, on identifie trois grands blocs de tailles équivalentes : les mutuelles interprofessionnelles (FNMI) qui représentent 27 % du marché, la mutualité fonction publique (MFP) et les autres mutuelles FNMF qui représentent respectivement 27 et 29 % de ce même marché. Les mutuelles de France (FMF), autre regroupement identifié au sein du monde FNMF, ne représentent que 5 % de l'assiette déclarée par les mutuelles.

Les mutuelles de la FNMI (10 % des organismes cotisants et 27 % de l'assiette totale) et surtout celles de la MFP (respectivement 4 % et 27 %) 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 (16 % des organismes pour 5 % de l'assiette).

La part des groupes consolidés dans le chiffre d'affaires santé des organismes complémentaires : les sept principaux groupes consolidés, qui dépassent le milliard d'euros d'assiette déclarée, représentent 36 % du marché de la complémentaire santé, d'après les informations recoupées par le Fonds CMU.

Chiffre d'affaires des principaux groupes consolidés en 2011 (en millions d'euros)

Nature	Nom du Groupe	Assiette 2011
Mutuelles	Groupe Istya	2 542
Mutuelles	Groupe Harmonie	1 780
Assurances	Groupe Groupama-Gan	1 702
Assurances	Groupe AXA	1 405
IP + Mutuelles	Groupe Malakoff-Médéric	1 254
IP + Mutuelles	Groupe AG2R-La Mondiale	1 135
IP	Groupe Pro-Btp	1 046

Source : Ces données sont reconstituées par le Fonds CMU à partir d'informations recensées dans la presse.

On soulignera l'apparition du Groupe Istya dans ce classement qui est constitué par les mutuelles suivantes : la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), MGEN Filia, la mutuelle des affaires étrangères et européennes, la mutuelle générale environnement et territoires (MGET), la mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH).

Les informations détenues par le Fonds CMU font également l'objet de rapprochements avec d'autres sources d'informations, notamment avec les publications annuelles de l'Argus de l'Assurance. Cependant, l'exercice est délicat car des différences de périmètre au niveau de la définition de l'assiette sont généralement à l'origine des divergences constatées en première analyse.

ENCADRÉ 2 :

[Le rapport annuel sur la situation financière des OC : présentation des principaux résultats](#)

En vertu de l'article L. 862-7 du code de la Sécurité sociale, le Gouvernement est chargé d'établir un rapport annuel présentant la situation financière des assureurs complémentaires en santé.

Le rapport 2011 en constitue la III^{ème} édition. Il présente les résultats des années 2007 à 2010 qui s'appuie sur les données fournies par l'autorité de contrôle prudentiel (ACP) et par le Fonds CMU, et en particulier sur les données des états statistiques « relatifs à la protection sociale complémentaire » collectées par l'ACP pour le compte de la DREES.

Ne sont présentés ici que les principaux éléments en lien avec le champ de la santé, sachant que le champ d'analyse retenu est celui des seuls organismes contrôlés par l'ACP et cotisants au Fonds CMU.

Au sein de l'assurance, le poids de la couverture complémentaire santé est très variable selon la nature des organismes. Elle représente 89 % du chiffre d'affaires global des mutuelles, 48 % de celui des IP ; respectivement 14 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » et 6 % pour les sociétés d'assurance « vie et mixte ».

La répartition entre individuel et collectif est très différenciée selon les types d'organismes : l'individuel prédomine clairement chez les mutuelles (75 % des primes de l'exercice) et c'est l'inverse que l'on constate pour les institutions de prévoyance (16 %). Les sociétés d'assurance quant à elles se situent dans une situation assez proche de l'égalité (55 %).

Au sein de chaque catégorie d'organismes (mutuelle, IP, sociétés d'assurance), le résultat technique santé est tiré à la baisse par les contrats collectifs. La situation défavorable des institutions de prévoyance s'explique par une faible évolution de leurs primes (+ 0,4 %), comparativement à celles de leurs charges (+ 6,2 %, dont + 3,8 % sur les sinistres payés). Selon la DREES, les institutions de prévoyance ont cherché à accompagner, suite à la crise économique, les entreprises qui leur sont affiliées : « Les institutions de prévoyance auraient dès lors absorbé une partie de l'augmentation des dépenses de protection sociale complémentaire ». Ces résultats moyens cachent cependant de fortes disparités au sein d'une même catégorie : « Plus leur chiffre d'affaires est élevé, plus les organismes ont des résultats nets comptables exprimés en pourcentage de leurs primes proches ».

L'examen des comptes montre que quel que soit le type d'organismes, le ratio « charges de prestations^{10/} primes » des contrats collectifs est supérieur à celui des contrats individuels : le retour sur primes des contrats collectifs est plus fort et ces derniers apparaissent donc plus profitables à leurs souscripteurs que les contrats individuels.

Le poids des charges de gestion ((frais de gestion sur prestations + frais d'acquisition + frais d'administration) / primes) varie fortement selon les OC : il est le plus faible pour les IP, le plus fort pour les sociétés d'assurance (en individuel) ; les mutuelles se situent quant à elles dans une position intermédiaire. Pour les seuls frais de gestion sur prestations, les écarts entre organismes apparaissent faibles puisqu'ils s'élèvent respectivement à 4,1 %, 4,6 % et 5,5 %.

Les écarts de charges de gestion sont en fait essentiellement imputables :

- aux frais d'acquisition, dont le poids apparaît sensiblement plus fort, pour les sociétés d'assurance et plus particulièrement pour leurs contrats « individuels » : 15,6 % contre respectivement 5,1 % et 4,5 % en moyenne sur les mutuelles et les IP au niveau de l'ensemble des contrats. Toutefois, les frais d'acquisition sont toujours plus élevés en individuel, le marché étant moins captif.
- aux frais d'administration dont le poids apparaît plus élevé pour les mutuelles : 12,2 % contre 8,9 % pour les IP et 8,0 % pour les sociétés d'assurance.

¹⁰ Sinistres payés + frais de gestion sur prestations

3.2. Le résultat des comptes du Fonds CMU

3.2.1. Les changements de méthodes de comptabilisation

Comme cela avait été signalé dans le rapport précédent, un audit comptable et financier (RGF-CGEFI) a été réalisé durant l'été 2010. Le rapport définitif a été remis au Fonds CMU le 24 mars 2011 (N° DGFIP Paris 2010-75-046/N° CGEFI 10 12 43).

Plusieurs préconisations ont été formulées.

L'une d'entre elle concerne la comptabilisation des déductions des organismes complémentaires au titre du 4^{ème} trimestre. Ces dernières étaient jusqu'à présent comptabilisées en provisions. Les auditeurs ont préconisé de comptabiliser les déductions en charges à payer dès lors que les montants sont connus définitivement, c'est-à-dire à réception des bordereaux déclaratifs. Ainsi, seuls les montants des déductions relatifs aux bordereaux non encore reçus doivent être comptabilisés en provisions. Cette préconisation a été mise en œuvre fin 2010.

La deuxième préconisation concernait la comptabilisation de l'affectation du report à nouveau (RAN) à la CNAMTS. Sur ce point, le Fonds CMU avait saisi la MCP et la DGFIP afin de définir la procédure comptable adéquate. Dans l'attente de leur décision, les auditeurs avaient demandé au Fonds, dès 2011, de comptabiliser le RAN en charge exceptionnelle et non en charge courante.

Dans un courrier du 8 septembre 2011, le directeur de la sécurité sociale, après avis de la Mission comptable permanente (MCP) et en collaboration avec la DGFIP a décidé que, compte tenu des règles comptables applicables, l'affectation du RAN n'a pas le caractère d'une charge et doit être traduite comme une simple opération de bilan dans les comptes du Fonds.

Ce changement de méthode comptable n'a pas d'impact sur le montant total des capitaux propres, seule la répartition entre résultat et report à nouveau étant modifié.

Les tableaux présentés ci-dessous tiennent compte de cette modification. Le montant réel du reversement à la CNAMTS (129 M€ pour l'année 2011) n'affecte donc plus les charges et donc le résultat de l'établissement.

3.2.2. Un résultat toujours excédentaire

Cette année, les opérations de clôture des comptes ont laissé apparaître des évolutions atypiques (tant en produits qu'en charges) entre les données comptables de 2011 et celles de l'année 2010. A la demande du Fonds CMU, des travaux d'analyse ont donc été menés par l'agence comptable de l'ACOSS qui ont révélé un dysfonctionnement au niveau du système de production de la branche recouvrement. Une correction nationale des montants notifiés au titre de 2011 a donc été réalisée pour un montant total de 32 millions d'euros.

Les difficultés rencontrées laissent apparaître une nouvelle fois l'impérieuse nécessité pour le Fonds CMU d'obtenir de la part de la branche du recouvrement des explications complémentaires sur les montants notifiés. En l'état actuel des choses, le Fonds CMU ne peut pas recouper ces notifications avec ses propres informations, obtenues à partir de la saisie des bordereaux déclaratifs des organismes complémentaires. Ces difficultés de rapprochement ont d'ailleurs été relevées lors du contrôle de la Cour des Comptes, puis à l'occasion de l'audit RGF/CGEFI.

Plusieurs réunions ont d'ores et déjà été organisées entre les agences comptables du Fonds CMU et de l'ACOSS sur cette question. Les échanges devront se poursuivre en 2012.

Récapitulatif des comptes du Fonds

En millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Produits												
Dotation de l'État	800	889	1 150	970	1 037	695	346	109	47	0	0	0
Taxe alcool						386	404	480	349	0	0	0
Taxe tabac							217	411	372	0	0	0
Contribution ACS						13	40	65	87	0	0	0
Contribution des organismes complémentaires	247	223	223	245	291	302	492	494	569	1791	1856	1 930
Reprises sur provisions		94	159	143	202	22	25	35	28	79	93	10
Total produits	1 047	1 206	1 532	1 358	1 530	1 418	1 524	1 595	1 452	1870	1949	1 940
Charges												
Paiement aux régimes de base (1)	908	1 189	1 164	1 210	1 357	1 270	1 438	1 442	1 263	1 429	1444	1 370
Organismes complémentaires	10	22	47	62	73	78	81	88	80	323	464	432
Annulation produits antérieurs					2							
Dotations aux provisions	94	159	143	202	22	25	35	28	79	98	12	11
Gestion administrative	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total charges	1 013	1 371	1 355	1 475	1 455	1 374	1 555	1559	1 423	1 851	1921	1 814
Résultat de l'année	34	-165	177	- 117	75	44	-31	36	29	19	28	126
Résultat cumulé (2)	34	-131	47	-70	5	48	17	53	83	101	129	

(1) A compter de 2011, le versement à la CNAMTS n'apparaît plus dans le résultat de l'exercice n

3.2.3. Une trésorerie insuffisante

Le profil de trésorerie du Fonds CMU est maintenant très simple : en matière de recettes, l'unique recette est constituée de la taxe/contribution des OC reversée par l'ACOSS au Fonds CMU, le 15 du deuxième mois de chaque trimestre civil.

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

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 (mais pas la trésorerie) sont impactés par des produits à recevoir : en 2011 par la contribution des OC versée le 15 février de l'année $n + 1$.

Trésorerie - Année 2011

	Réalisation (solde)	Dépenses	Recettes	Commentaires
3-janv.-11	8 696 263,37			
7-janv.-11	8 652 974,37	43 289,00		Paiement aux organismes complémentaires
11-janv.-11	8 152 974,37	500 000,00		Gestion administrative
18-janv.-11	7 204 756,87	948 217,50		Paiement aux organismes complémentaires
15-févr.-11	97 461 773,24	275 000 000,00	365 257 020,93	Acompte régimes + versement ACOSS
16-févr.-11	84 916 165,24	12 545 608,00		Paiement aux organismes complémentaires
22-févr.-11	84 897 694,24	18 471,00		Paiement aux organismes complémentaires
28-févr.-11	83 048 871,24	1 848 823,00		Reversement ACOSS contribution exceptionnelle pandémie grippale
10-mars-11	82 848 752,24	200 119,00		Paiement aux organismes complémentaires
30-mars-11	82 835 162,24	13 590,00		Paiement aux organismes complémentaires
5-avr.-11	12 835 162,24	70 000 000,00		Acompte CAP CNAMTS 2010
8-avr.-11	12 835 994,64		832,40	Régularisation CMU OC
15-avr.-11	12 839 872,14		3 877,50	Régularisation CMU OC
19-avr.-11	12 848 376,06	6,08	8 510,00	Régularisation CMU OC 2010
22-avr.-11	11 946 778,56	948 772,50	47 175,00	Régularisation CMU OC 2010
26-avr.-11	11 947 981,06		1 202,50	Régularisation CMU OC 2010
29-avr.-11	11 950 848,56		2 867,50	Régularisation CMU OC 2010
4-mai-11	10 590 358,56	1 360 490,00		Régularisation CMU OC 2010
9-mai-11	10 476 953,56	113 405,00		Régularisation CMU OC 2010
13-mai-11	10 493 511,06		16 557,50	Régularisation CMU OC 2010
16-mai-11	10 497 581,06		4 070,00	Régularisation CMU OC 2010
17-mai-11	133 874 080,96	371 397 903,75	494 774 403,65	Acompte régimes + versement ACOSS
19-mai-11	130 314 054,46	3 560 026,50		Paiement aux organismes complémentaires
24-mai-11	130 317 754,46		3 700,00	Régularisation CMU OC 2010
25-mai-11	130 064 211,96	253 542,50		Régularisation CMU OC 2010
26-mai-11	129 789 039,46	275 172,50		Régularisation CMU OC 2010
31-mai-11	126 830 794,46	2 958 245,00		Paiement aux organismes complémentaires
6-juin-11	126 828 589,46	2 205,00		Paiement aux organismes complémentaires
20-juin-11	126 828 681,96		92,50	Régularisation CMU OC 2010

	Réalisation (solde)	Dépenses	Recettes	Commentaires
5-juil.-11	125 578 044,46	750 637,50		Paiement aux organismes complémentaires
6-juil.-11	123 245 709,46	2 332 335,00		Paiement aux organismes complémentaires
21-juil.-11	122 494 603,38	751 100,00		Paiement aux organismes complémentaires
2-août-11	122 066 975,88	427 627,50		Paiement aux organismes complémentaires
5-août-11	122 068 363,38		1 387,50	Régularisation CMU OC 2010
11-août-11	114 952 098,88	7 116 264,50		Paiement aux organismes complémentaires
16-août-11	100 695 587,01	345 000 000,00	330 743 488,13	Acompte régimes + versement ACOSS
18-août-11	99 102 920,01	1 592 667,00		Paiement aux organismes complémentaires
19-août-11	99 068 325,01	34 595,00		Régularisation CMU OC 2010
23-août-11	97 918 550,01	1 149 775,00		Paiement aux organismes complémentaires
5-sept.-11	97 749 497,01	84 675,00		Paiement aux organismes complémentaires
12-sept.-11	95 766 954,51	1 982 542,50		Paiement aux organismes complémentaires
3-oct.-11	95 639 304,51	127 650,00		Paiement aux organismes complémentaires
5-oct.-11	95 639 101,31	203,20		Gestion administrative
18-oct.-11	95 631 793,81	7 307,50		Paiement aux organismes complémentaires
3-nov.-11	93 681 320,13	1 950 460,00		Paiement aux organismes complémentaires
4-nov.-11	93 681 253,94	66,19		Gestion administrative
15-nov.-11	292 120 962,18	145 000 000,00	343 439 708,24	Acompte régimes + versement ACOSS
16-nov.-11	152 530 999,68	139 589 962,50		Solde CAP CNAMTS 2010
17-nov.-11	23 083 541,68	129 447 458,00		Report à nouveau 2011
18-nov.-11	23 010 744,18	72 797,50		Paiement aux organismes complémentaires
19-nov.-11	19 105 856,18	3 904 888,00		Paiement aux organismes complémentaires
21-nov.-11	19 084 419,18	21 437,00		Paiement aux organismes complémentaires
23-nov.-11	19 085 714,18		1 295,00	Paiement aux organismes complémentaires
24-nov.-11	16 848 334,68	2 237 379,50		Paiement aux organismes complémentaires
5-déc.-11	16 005 591,68	842 743,00		Paiement aux organismes complémentaires
6-déc.-11	16 005 547,11	44,57		Gestion administrative
8-déc.-11	15 998 609,61	6 937,50		Paiement aux organismes complémentaires
15-déc.-11	15 821 749,61	176 860,00		Solde CAP MSA
22-déc.-11	15 822 119,61		370,00	Régularisation CMU OC 2010

Source : Fonds CMU (hors frais bancaires)

4. Les activités du Fonds CMU

4.1. Le Vème rapport d'évaluation de la loi CMU

L'article 34 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU-C) prévoit que le Gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation de l'application de la loi. Comme pour les précédents rapports, l'élaboration du cinquième rapport d'évaluation de la loi CMU a été confiée au Fonds CMU par le directeur de la sécurité sociale.

Sa réalisation a constitué un travail important pour la petite équipe qui constitue le Fonds CMU. L'ensemble des partenaires (DREES, IRDES, HCAAM, caisses nationales de sécurité sociale, caisses locales, fédérations des organismes complémentaires, associations, ordres professionnels, etc.) ont été sollicités et invités à transmettre leurs observations sur le fonctionnement des dispositifs existants.

Le cinquième rapport d'évaluation contient 14 propositions et 15 pistes de travail. Il a été adressé au ministère de la Santé fin novembre 2011 et est disponible depuis début mars 2012 sur le site du Fonds CMU.

Ne sont présentés ici que les éléments essentiels.

Un constat général : la loi CMU est une grande loi

Plus de dix ans après sa mise en œuvre, dans le contexte de crise économique et financière dans lequel se trouve notre pays depuis ces trois dernières années et qui a conduit à un accroissement du taux de la pauvreté de 0,5 point entre 2008 et 2009¹¹, la loi CMU demeure plus que jamais, et dans toutes ses composantes, un facteur déterminant dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS contribuent à limiter le renoncement aux soins des populations les plus fragiles, par ailleurs touchées par d'importantes disparités en matière d'espérance de vie et de morbidité. Toutefois, ces dernières peuvent encore rencontrer des difficultés d'accès aux droits et des difficultés financières d'accès aux soins.

Des marges de progrès qui restent à atteindre

Le problème du plafond de ressources de la CMU-C

Fixé à l'origine en référence au seuil de pauvreté à seulement 50 % du revenu médian, chiffre qu'il n'avait d'ailleurs pas atteint, le plafond de ressources a été revalorisé depuis 11 ans selon l'évolution de l'indice des prix hors tabac. Ainsi, le rapport entre le plafond CMU-C et le seuil de pauvreté (50 % du revenu médian) est passé de 88,0 % en 2000, année de mise en place de la loi CMU, à 78,8 % en 2009, soit une érosion de plus de 9 points.

¹¹ « Les niveaux de vie en 2009 » - INSEE PREMIÈRE n°1365 - Août 2011 - Philippe LOMBARDO, Eric SEGUIN, Magda TOMASINI

*Évolution du plafond CMU-C et du seuil de pauvreté de 2000 à 2009,
pour la France métropolitaine, en euros courants¹²*

Euros courants	2000	2001	2002	2003	2004
Plafond CMU-C	534 €	549 €	562 €	566 €	576 €
Seuil de pauvreté	607 €	632 €	661 €	673 €	684 €
Rapport Plafond CMU-C / Seuil pauvreté	88,0%	86,9%	85,0%	84,1%	84,2%

Euros courants	2005	2006	2007	2008	2009
Plafond CMU-C	587 €	598 €	606 €	621 €	627 €
Seuil de pauvreté	708 €	730 €	757 €	791 €	795 €
Rapport Plafond CMU-C / Seuil pauvreté	82,9%	81,9%	80,1%	78,5%	78,8%

Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante. Source : Fonds CMU – INSEE-DGFIP, enquêtes Revenus fiscaux 1970 à 1990, INSEE-DGFIP, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives 1996 à 2004, INSEE-DGFIP-Cnaf-Cnav-MSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2009.

Si le plafond CMU-C était réévalué de 15 %, cela permettrait de retrouver le rapport de 90 % initialement fixé par rapport au seuil de pauvreté, sans dépasser par ailleurs les montants des minima sociaux tels que l'AAH et l'ASPA, dont les allocataires resteraient éligibles à l'ACS.

La situation économique actuelle et la nécessité impérieuse de réduire le déficit des finances publiques permettent difficilement d'envisager à court terme une telle réévaluation du plafond de ressources de la CMU-C (avec un surcoût à prévoir également pour l'ACS). Cependant, le rapport préconise une réflexion sur l'évolution des trois grandeurs suivantes : seuil de pauvreté, revenu médian et plafond CMU-C. A défaut d'engager une telle réflexion, la troisième grandeur évoluant comme l'indice des prix et les deux autres comme le revenu, le décrochage s'accroîtra d'année en année.

Les restes à charge pour les bénéficiaires de la CMU-C

Si le fait d'avoir une complémentaire santé permet de réduire le reste à charge sur prestations, le législateur de 1999 voulait que celui-ci soit nul pour la CMU-C. Le rapport d'évaluation montre que ce n'est pas le cas.

Ceci pose un problème de fond, tout en provoquant des renoncements aux soins. C'est en optique que le reste à charge est le plus élevé, et ce avant le dentaire. Il est vrai que le panier de soins de la CMU-C relatif aux prothèses dentaires a été revu et revalorisé en juin 2006. Le panier de soins de l'optique n'a pas bougé depuis 1999.

Dans le cadre d'un groupe de travail constitué par le Fonds CMU et de plusieurs entretiens réalisés avec des opticiens, l'ensemble des professionnels consultés ont pointé l'insuffisance du panier CMU-C actuel qui n'intègre pas les coûts liés à l'amincissement des verres pour les plus fortes corrections. En effet, les verres épais sont particulièrement inconfortables et

¹² Les prix courants sont les prix tels qu'ils sont indiqués à une période donnée, ils sont dits en valeur nominale. Les prix constants sont les prix en valeur réelle, c'est-à-dire corrigés de la hausse des prix par rapport à une donnée de base ou de référence. On utilise de la même façon les termes euros constants et euros courants. Source INSEE

stigmatisants de part leur effet « loupe », ce qui ne permet pas de porter les lunettes en permanence, là où les personnes ne peuvent justement pas effectuer les actes de la vie courante sans lunettes.

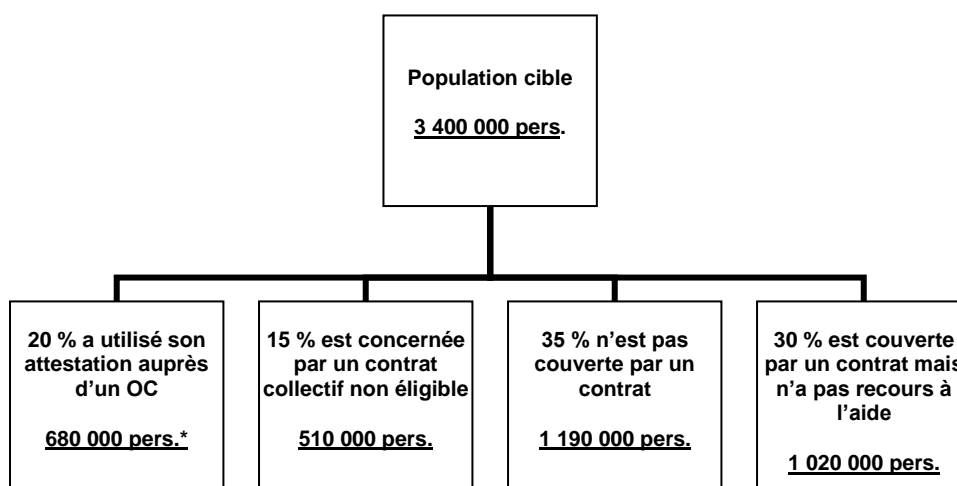
Les forfaits actuels pourraient donc être revus pour offrir des verres amincis pour les plus fortes corrections. Cette révision s'appliquerait à l'intérieur du panier de soins pour les adultes et viendrait s'ajouter à la prise en charge actuelle sur la base de la LPP pour les enfants, diminuant ainsi le montant du reste à charge pour les bénéficiaires de la CMU-C qui financent aujourd'hui intégralement cet amincissement.

Au-delà du dentaire et de l'optique, la refonte du panier de soins de la CMU-C devrait également conduire à un examen attentif des prestations d'audioprothèses. Le changement le plus important consisterait à intégrer, en adéquation avec la LPP, la prise en charge d'un équipement stéréophonique complet tous les deux ans pour les personnes âgées de plus de 20 ans (les enfants et les personnes atteintes de cécité étant prises en charge sur la base du tarif de remboursement de la sécurité sociale).

Le non recours à l'ACS et la question spécifique des restes à charge qui touche les bénéficiaires de cette prestation

Au 1^{er} janvier 2005 est entrée en vigueur l'ACS, cette création a eu le grand mérite de gommer, au moins partiellement, l'effet de seuil de la CMU-C. Alors que le taux de non recours à la CMU-C (métropole et Dom) se situe à 20 %, chiffre considéré comme normal pour les dispositifs sociaux, celui de l'ACS atteint plus de 75 %.

De nombreux efforts ont déjà été entrepris pour remédier à cet état de fait aussi choquant qu'incompréhensible. Il faut persévérer et sans doute lancer d'autres actions nationales, tout en encourageant encore davantage les initiatives locales, car toutes les études montrent que pour les plus précaires, l'existence d'une complémentaire santé est fondamentale pour l'accès aux soins.



* Chiffrage initial. La réalité a été de 619 917 utilisateurs à fin novembre 2011.

Les bénéficiaires de l'ACS sont d'autre part victimes d'un double reste à charge. D'une part sur le prix du contrat, même si l'ACS en paye 60 %, d'autre part sur les prestations, car les bénéficiaires de l'ACS achètent des contrats de niveau inférieur (cf. 1.2.4 « Le rapport prix / contenu et le reste à charge sur prestations »).

Dans ce contexte, l'enquête 2010 sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS a initié une étude sur les restes à charge sur prestations des bénéficiaires sur la base de données spécifiques remontées des OC et des taux de remboursement constatés dans l'enquête confrontés aux prix des prestations observés sur le marché.

En moyenne, sur une base de réponses constituée par 43 OC, le montant des restes à charge sur une consultation de spécialiste est ressorti à 9 €, celui sur une prothèse dentaire à 350 €, enfin, celui sur une paire de lunettes à 150 €.

Les restes à charge sur les autres contrats individuels sont ressortis systématiquement plus importants. Pourtant, ces derniers présentent des niveaux de couverture plus élevés. Il est possible que les bénéficiaires de l'ACS privilégient les professionnels de santé exerçant en secteur 1 ou les centres de santé pratiquant plus couramment des tarifs opposables, ce qui limite le montant du reste à charge. Le renoncement par les bénéficiaires de l'ACS à certains soins engendrant des restes à charge élevés pourrait également être envisagé.

La méconnaissance des droits

Le Fonds CMU, en collaboration avec le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (CETAF), a questionné 4 510 bénéficiaires majeurs de la CMU-C auprès de 20 centres d'examen de santé afin de comprendre les raisons du non recours aux soins (cf. 4.7.1 « L'étude avec le CETAF sur le non recours aux soins »).

Pour les bénéficiaires de la CMU depuis moins d'un an, le non recours aux soins atteint 45 %, contre 32 % pour les bénéficiaires depuis 1 an ou plus. Ce chiffre illustre d'une part que le bénéfice de la CMU-C fait objectivement reculer le non recours aux soins et d'autre part que les bénéficiaires acquièrent une meilleure connaissance de leurs droits au cours du temps.

Par ailleurs, on constate qu'un quart des bénéficiaires de la CMU-C a renoncé à des soins avant même d'avoir consulté, alors même qu'ils n'auraient eu aucun reste à charge. La raison principale de ces renoncements est la crainte d'avoir un soin non remboursé, de se voir opposer un refus du tiers-payant ou de se voir réclamer une participation financière.

Tous ces éléments montrent que, même si la CMU-C est un dispositif connu, ceux qui la demandent ou y ont recours connaissent encore très mal son fonctionnement et ce à quoi ils peuvent prétendre. Il y a donc un effort pédagogique important à mener. Cet effort consiste d'une part à repérer les personnes éligibles via notamment les caisses d'allocations familiales, pour les adresser aux caisses primaires afin que des opérations de ciblage puissent être réalisées. Il doit également amener à faire mieux connaître leurs droits aux personnes bénéficiaires de la CMU-C.

La gestion des droits de base

Le rapport consacre également un large développement à la CMU de base (régime général sur critère de résidence). Alors que la montée en charge des effectifs a été exponentielle depuis 2009, le rapport d'évaluation propose de s'interroger sur les conditions et le respect des principes d'affiliation à ce régime (notamment sur le respect du principe de subsidiarité et du caractère obligatoire).

Plusieurs propositions sont faites dans ce cadre : favoriser la mise en place de procédures inter-régimes pour permettre la prise en charge par l'Assurance Maladie, au titre de la CMU de base, des assurés et ayants-droit arrivant en situation de fin de maintien de droits dans un autre régime, initier des échanges entre la CNAMTS et la DGFIP afin que soient communiqués à l'Assurance Maladie les noms des personnes sans activité ayant des revenus supérieurs au plafond d'exonération de cotisation à la CMU de base.

Dans les autres propositions importantes, on notera également celles concernant l'affiliation immédiate à la CMU de base des bénéficiaires du RSA socle qui se trouvent en fin de droits à l'Assurance Maladie, l'accélération et la généralisation du dispositif de pré-instruction des demandes de CMU-C par les caisses d'allocations familiales pour les allocataires du RSA socle, ou encore l'implication des CCAS pour favoriser la promotion et l'accès aux dispositifs de la CMU-C et de l'ACS.

4.2. Les indicateurs LOLF et PQE

4.2.1. La participation à la fourniture des indicateurs du programme 183 de la loi de finances

Les indicateurs du programme 183 « Protection maladie » de la LOLF (loi organique relative aux lois de finances) visent à assurer, en complément des politiques publiques de sécurité sociale, un effort de la solidarité nationale en termes d'accès aux soins et d'indemnisation des publics les plus défavorisés.

L'action n° 01 de ce programme intitulée : « *Accès à la protection maladie complémentaire* » concerne plus spécifiquement la CMU-C.

Les objectifs et indicateurs de performance de cette action sont les suivants :

OBJECTIF 1 Garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources

INDICATEUR 1.1 Accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C

INDICATEUR 1.2 Divergence entre les ressources déclarées et les ressources contrôlées

A noter : par rapport à la note réalisée l'année précédente, les données redressées ont été intégrées, répondant ainsi à la demande exprimée par la Direction de la sécurité sociale.

Indicateur 1.1 – L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C

Sous-Indicateur 1.1.1 – Écart de non recours au médecin et au dentiste avec les autres populations

Indicateur global

Ce premier sous-indicateur exprime la « satisfaction sanitaire » à travers la notion de « non renoncement aux soins ». La « satisfaction » sera d'autant plus grande que l'assuré n'aura pas dû renoncer à des soins, pour des raisons financières, entre autres. Dans le cadre de cet indicateur, le non recours signifie que la personne n'a pas consulté un médecin ou un dentiste au cours des deux dernières années.

L'écart est calculé à partir des moyennes (en %) de non recours au médecin et de non recours au dentiste, pour les bénéficiaires et pour les non bénéficiaires de la CMU-C. Il est calculé au cours de l'année n (2011) pour l'année n-1 (2010). Pour 2010, il est de 6,51 points. Il a baissé régulièrement depuis 2000, avec entre 2000 et 2010 une diminution totale de - 2,90 points.

Le non recours au médecin et au dentiste pour les bénéficiaires de la CMU-C est passé de 23,12 en 2000 à 19,12 en 2010, soit une baisse de - 4,00 points. Cette baisse est nettement plus rapide que celle enregistrée pour les non bénéficiaires de la CMU-C (- 1,11 point).

En données redressées, l'écart entre bénéficiaires et non bénéficiaires pour 2010 est moins élevé (5,91), avec une baisse de - 1,32 point entre 2006 et 2010.

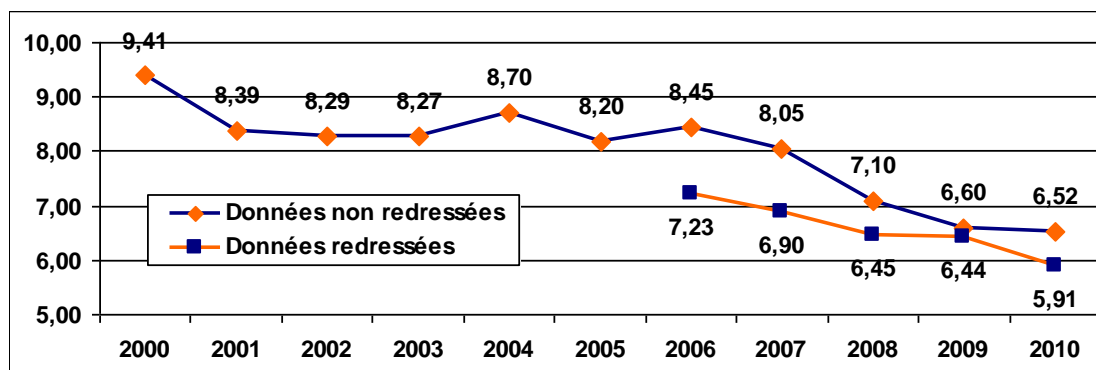
Évolution du non recours et de l'écart de non recours au médecin et au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, 2000 – 2010, données non redressées et données redressées

Données non redressées	Moyenne Médecin et Dentiste		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2000	23,12	13,72	9,41
2001	21,33	12,95	8,39
2002	21,26	12,97	8,29
2003	20,37	12,11	8,27
2004	21,03	12,33	8,70
2005	20,22	12,02	8,20
2006	20,25	11,80	8,45
2007	20,05	12,00	8,05
2008	19,25	12,15	7,10
2009	19,20	12,60	6,60
2010	19,12	12,61	6,51
Écart 2010 - 2000	-4,00	-1,11	-2,90

Données redressées	Moyenne Médecin et Dentiste		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	19,61	12,39	7,23
2007	19,45	12,55	6,90
2008	19,15	12,70	6,45
2009	19,18	12,74	6,44
2010	18,65	12,74	5,91
Écart 2010 - 2006	-0,96	0,35	-1,32

Source : CETAF

Courbe d'évolution de l'écart de non recours au médecin et au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, 2000 – 2010, données non redressées et données redressées



Source : CETAF

Détail de l'indicateur pour le recours au médecin

En 2010, en données non redressées, l'écart de non recours au médecin entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 4,05. Il a augmenté entre 2009 et 2010 mais, depuis 2000, il a baissé de – 1,92 point. Le non recours au médecin a également augmenté entre 2009 et 2010 pour les deux catégories de populations. Pour l'année 2010, il est de 9,65 pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 5,60 pour les non bénéficiaires. Il a baissé de – 3,59 points entre 2000 et 2010 pour les bénéficiaires de la CMU-C, là où la régression n'est que de – 1,67 point pour les non bénéficiaires.

En données redressées, le non recours a augmenté pour les deux catégories de populations, tout en restant moindre qu'en données non redressées, et l'écart a légèrement baissé, en passant de 3,78 en 2009 à 3,68 en 2010.

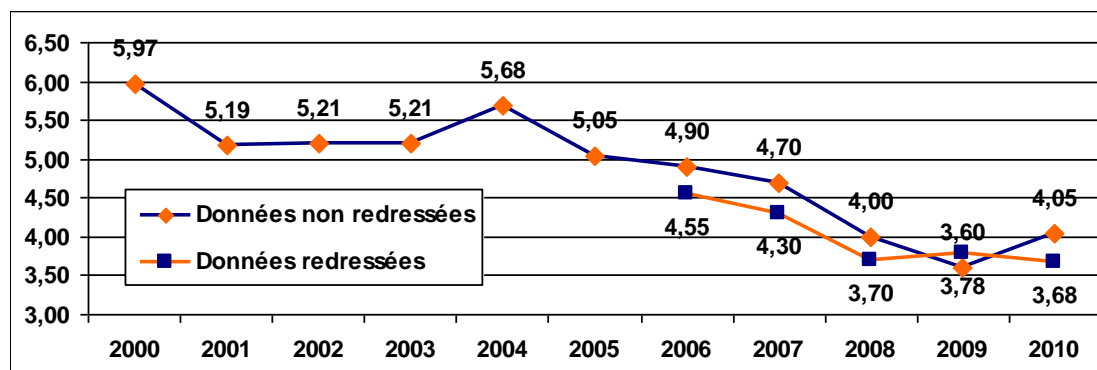
Évolution du non recours et de l'écart de non recours au médecin entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, 2000 – 2010, données redressées et données non redressées

Données non redressées	Médecin		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2000	13,24	7,27	5,97
2001	12,13	6,94	5,19
2002	12,23	7,02	5,21
2003	11,35	6,14	5,21
2004	11,81	6,13	5,68
2005	10,81	5,76	5,05
2006	10,42	5,52	4,90
2007	10,30	5,60	4,70
2008	9,50	5,50	4,00
2009	9,10	5,50	3,60
2010	9,65	5,60	4,05
Écart 2010 - 2000	-3,59	-1,67	-1,92

Données redressées	Médecin		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	9,72	5,17	4,55
2007	9,60	5,30	4,30
2008	9,10	5,40	3,70
2009	8,76	4,98	3,78
2010	8,83	5,15	3,68
Écart 2010 - 2006	-0,89	-0,02	-0,87

Source : CETAF

Évolution de l'écart de non recours au médecin populations CMU-C et Non CMU-C, 2000 – 2010, données redressées et données non redressées



Source : CETAF

Détail de l'indicateur pour le recours au dentiste

En 2010, l'écart de non recours au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 8,98. Depuis 2000, il a baissé de – 3,86 points. Le non recours au dentiste est de 28,59 pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 19,61 pour les non bénéficiaires. Il a baissé de – 4,41 points entre 2000 et 2010 pour les bénéficiaires de la CMU-C, avec une progression régulière de sa diminution. Le non recours au dentiste pour les non bénéficiaires de la CMU-C n'a, pour sa part, régressé que de – 0,55 entre 2000 et 2010. Même si les taux de non recours pour les deux populations restent élevés, il est clair que le bénéfice de la CMU-C contribue à une meilleure prise en charge des soins dentaires.

En données redressées, l'écart entre les deux populations est de 8,14, avec, par rapport aux données non redressées, un taux de non recours un peu moindre pour les bénéficiaires (28,47) et légèrement supérieur pour les non bénéficiaires (20,33).

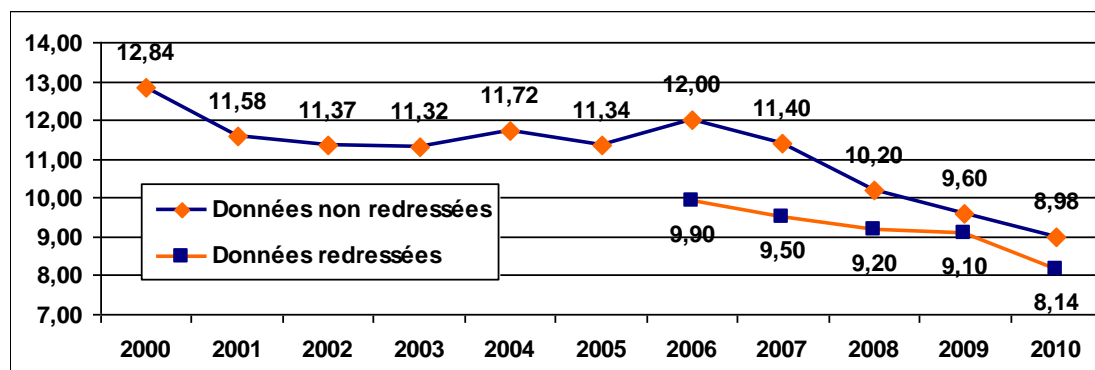
Évolution du non recours et de l'écart de non recours au dentiste entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, 2000 – 2010, données redressées et non redressées

Données non redressées	Dentiste		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2000	33,00	20,16	12,84
2001	30,53	18,95	11,58
2002	30,29	18,92	11,37
2003	29,39	18,07	11,32
2004	30,25	18,53	11,72
2005	29,62	18,28	11,34
2006	30,08	18,08	12,00
2007	29,80	18,40	11,40
2008	29,00	18,80	10,20
2009	29,30	19,70	9,60
2010	28,59	19,61	8,98
Écart 2010 - 2000	-4,41	-0,55	-3,86

Données redressées	Dentiste		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	29,50	19,60	9,90
2007	29,30	19,80	9,50
2008	29,20	20,00	9,20
2009	29,60	20,50	9,10
2010	28,47	20,33	8,14
Écart 2010 - 2006	-1,03	0,73	-1,76

Source : CETAF

Évolution de l'écart de non recours au dentiste populations CMU-C et Non CMU-C, 2000 – 2010, données redressées et non redressées



Source : CETAF

Sous-Indicateur 1.1.2 – Écart de santé global avec les autres populations

Ce sous-indicateur est déterminé par l'écart entre la note moyenne de santé perçue établie par le CETAF entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C (qui comprennent les personnes ayant une mutuelle privée et ceux qui n'ont aucune complémentaire santé).

Ces notes retracent l'état de santé réel des individus et leur place par rapport au système et à l'offre de soins, par une mesure de satisfaction sanitaire fondée sur la santé perçue à travers une note sur 10. Comme pour le renoncement aux soins, ces chiffres sont communiqués dans le courant de l'année n pour l'année n-1, donc en 2011 pour l'année 2010. On estime qu'une personne a une bonne perception de santé à partir du moment où la note atteint au moins 7.

La note de santé perçue pour 2010 est de 6,74 sur 10, pour les bénéficiaires de la CMU-C et de 7,23 pour les non bénéficiaires. Les données 2010 confirment donc la baisse de l'écart entre les deux populations, déjà amorcée depuis 2007 (0,49 point en valeur absolue contre 0,56 en 2009).

En 2000, l'écart était de 0,65 point. Sa diminution se retrouve dans l'augmentation de la note pour les bénéficiaires (+ 0,22 point) plus rapide que pour les non bénéficiaires (+ 0,06 point).

En données redressées, l'écart entre les notes de santé perçue est de 0,35 (en valeur absolue) entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU-C. Il est moindre qu'en données non redressées, ceci en lien avec une meilleure note de la santé perçue des bénéficiaires de la CMU-C (6,89).

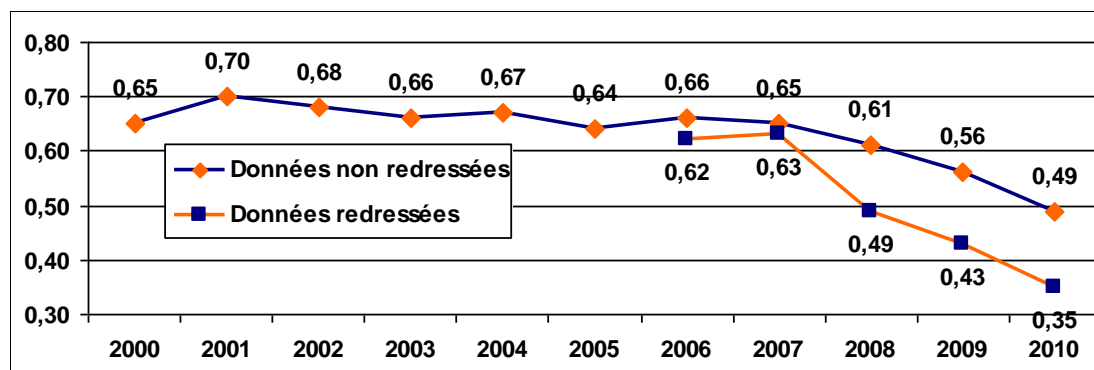
Évolution de la note de santé perçue pour les bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, 2000 – 2010, données non redressées et données redressées

Données non redressées	Note de santé		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2000	6,52	7,17	0,65
2001	6,52	7,22	0,70
2002	6,54	7,22	0,68
2003	6,58	7,24	0,66
2004	6,57	7,24	0,67
2005	6,59	7,23	0,64
2006	6,60	7,26	0,66
2007	6,61	7,26	0,65
2008	6,62	7,23	0,61
2009	6,70	7,26	0,56
2010	6,74	7,23	0,49
Écart 2010 - 2000	0,22	0,06	-0,16

Données redressées	Note de santé		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	6,61	7,23	0,62
2007	6,57	7,20	0,63
2008	6,73	7,22	0,49
2009	6,80	7,23	0,43
2010	6,89	7,24	0,35
Écart 2010 - 2006	0,28	0,01	-0,27

Source : CETAF

Évolution de l'écart entre de la note de santé perçue des bénéficiaires de la CMU-C et celle des non bénéficiaires, 2000 – 2010, données non redressées et données redressées



Source : CETAF

En complément de l'écart de santé global avec les autres populations, la régression de la perception négative de la santé (prévalence des notes de santé perçue inférieures à 7) apporte la confirmation de l'évolution positive de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C. En 2010, en données non redressées, la prévalence pour les bénéficiaires de la CMU-C est de 44,9. Elle était de 47,9 en 2000, soit une baisse de 3,0 points. L'écart entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C marque une diminution – 2,8 points, par rapport à 2000.

En données redressées, la prévalence est de 42,1 pour les bénéficiaires de la CMU-C. Le fait qu'elle soit inférieure à celle obtenue avec les données non redressées est à mettre en rapport avec une meilleure note de santé perçue en données redressées.

Il convient toutefois d'être prudent et d'attendre l'écart de 2011 avant de tirer des conclusions sur les proportions de cette baisse.

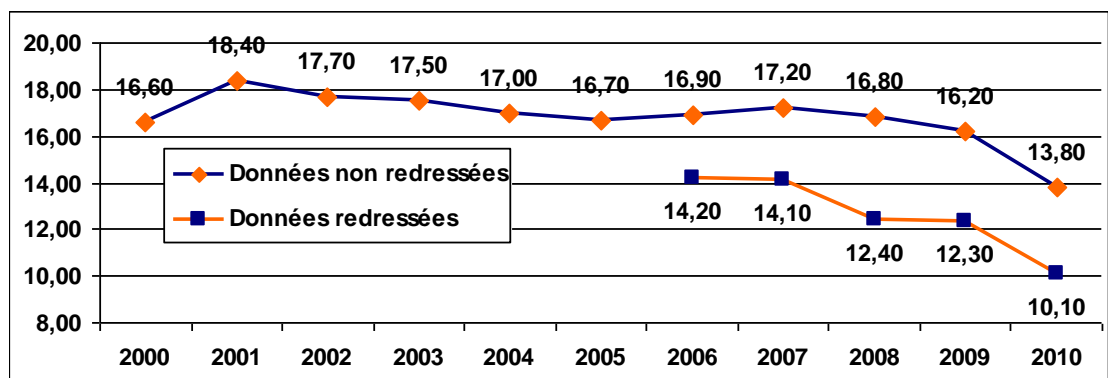
*Évolution de la perception négative de la santé (note < 7 vs. note >= 7),
2000 – 2010, données non redressées et données redressées*

Données non redressées	Prévalence Note de santé perçue < 7		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2000	47,9	31,3	16,6
2001	48,7	30,3	18,4
2002	47,5	29,8	17,7
2003	46,8	29,3	17,5
2004	46,6	29,6	17,0
2005	46,9	30,2	16,7
2006	46,7	29,8	16,9
2007	46,9	29,7	17,2
2008	47,5	30,7	16,8
2009	46,3	30,1	16,2
2010	44,9	31,1	13,8
Écart 2010 - 2000	-3,0	-0,2	-2,8

Données redressées	Prévalence Note de santé perçue < 7		
	CMUC	Non_CMUC	Écart
2006	45,7	31,5	14,2
2007	45,5	31,4	14,1
2008	44,2	31,8	12,4
2009	43,6	31,3	12,3
2010	42,1	32,0	10,1
Écart 2010 - 2006	-3,6	0,5	-4,1

Source : CETAF

*Évolution de l'écart de la perception négative de la santé (note < 7 vs. note >= 7)
entre les bénéficiaires de la CMU-C et les non bénéficiaires,
2000 – 2010, données non redressées et données redressées*



Source : CETAF

La note de santé de perçue s'analyse également en lien avec l'évolution du score EPICES¹³. Avec un score en 2010 de 43,68, les bénéficiaires de la CMU-C ont toujours en moyenne un score de vulnérabilité sociale plus élevé que les non bénéficiaires (24,55). Néanmoins, les données redressées indiquent clairement que le niveau de vulnérabilité sociale diminue depuis 2007 chez les bénéficiaires de la CMU-C (- 6,12 points entre 2006 et 2010).

Il conviendra là aussi de tenir compte des fluctuations d'échantillon d'une année sur l'autre avant d'arrêter des conclusions, mais il est important de noter que le score EPICES a quoiqu'il en soit gagné en qualité avec le temps. Il avait été renseigné par les consultants des CES à 70 % en 2002 et il l'a été à 98 % en 2010.

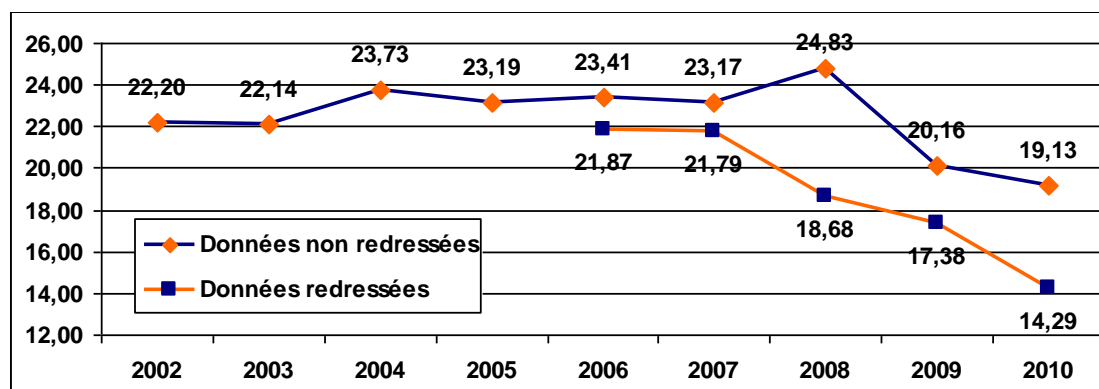
¹³ Score EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES

Évolution du Score EPICES, 2000 – 2010, données non redressées et données redressées

Données non redressées	Score EPICES Non redressé			Données redressées	Score EPICES redressé		
	CMUC	Non_CMUC	Écart		CMUC	Non_CMUC	Écart
2002	45,07	22,87	22,20	2006	43,65	21,78	21,87
2003	44,39	22,25	22,14	2007	43,56	21,77	21,79
2004	45,15	21,42	23,73	2008	41,78	23,10	18,68
2005	45,36	22,17	23,19	2009	40,23	22,85	17,38
2006	45,24	21,83	23,41	2010	37,53	23,24	14,29
2007	44,93	21,76	23,17	Écart 2010 - 2006	-6,12	1,46	-7,58
2008	45,60	20,77	24,83				
2009	44,15	23,99	20,16				
2010	43,68	24,55	19,13				
Écart 2010 - 2000	-1,39	1,68	-3,07				

Source : CETAF

Évolution de l'écart entre le score EPICES des bénéficiaires de la CMU-C et celui des non bénéficiaires, 2000 – 2010, données non redressées et données redressées



Source : CETAF

Sous-indicateur 1.1.3 – Comparaison des dépenses entre bénéficiaires du régime général et de la CMU-C

Cet indicateur mesure l'écart de la dépense en ville des 9 premiers mois de l'année passée entre ces deux mêmes populations

Pour 2011, l'écart est de 31 points, il continue la progression amorcée en 2009.

Évolution de l'écart de la dépense de ville de 2006 à 2011 sur les 9 premiers mois de chaque année

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Écart dépense ville n %	27	27	27	28	30	31

Source : CNAMTS

Comme cela a été expliqué dans la note précédente, les études réalisées par la CNAMTS ont montré que les bénéficiaires de la CMU-C sont en moins bonne santé que les assurés du régime général : la plus forte consommation de soins porte principalement sur les classes de médicaments témoignant de pathologies graves.

Par ailleurs, les taux de mortalité par tranche d'âge sont environ deux fois supérieurs dans la population bénéficiaire de la CMU-C que dans le reste de la population.

Dans le détail, certains écarts par principaux postes peuvent légèrement varier entre 2010 et 2011. Les variations les plus notables se situent au niveau des visites et des actes infirmiers. Toutefois, le poste du médicament représente toujours près de 30 % de la dépense de ville.

Le fait que l'écart augmente légèrement peut être le signe que les personnes accèdent mieux aux soins. Toutefois, les dernières études réalisées sur les causes du non recours tendent à démontrer que les bénéficiaires de la CMU-C auraient tendance à sous consommer des soins par manque d'information sur leurs droits.

Une augmentation de l'écart peut donc encore être vue cette année comme un signe positif, allant dans le sens de l'amélioration de la note de santé perçue, de la baisse du non recours aux soins (médecins et dentistes) et de la diminution du niveau de vulnérabilité sociale selon EPICES.

Ratio « CMU/non CMU » pour les 9 premiers mois de l'année de soins : détail par principaux postes

Postes	Ratio 9 mois 2006	Ratio 9 mois 2007	Ratio 9 mois 2008	Ratio 9 mois 2009	Ratio 9 mois 2010	Ratio 9 mois 2011	Variation 2010/2011
Consultations des omnipraticiens	1,58	1,58	1,58	1,57	1,60	1,55	-0,05
Consultations des spécialistes et des autres praticiens ^(*)	0,87	0,84	0,85	0,86	0,86	0,94	0,08
Visites (y compris frais de déplacement)	2,02	2,14	2,30	2,33	2,41	2,58	0,17
Actes techniques (y compris radiologie)	1,02	1,02	1,02	1,00	1,05	1,05	0,00
Forfaits techniques (IRMN, scanner, ...)	0,95	0,96	1,04	1,01	0,97	0,98	0,01
Honoraires dentaires	1,25	1,30	1,26	1,33	1,37	1,43	0,06
Actes des infirmiers (y compris frais de déplacement)	1,53	1,41	1,60	1,78	1,67	1,84	0,17
Actes des kinésithérapeutes (y compris frais de déplacement)	0,89	0,90	0,91	0,87	0,92	0,93	0,01
Actes des orthophonistes (y compris frais de déplacement)	1,06	1,06	1,15	1,22	1,22	1,19	-0,03
Actes des autres auxiliaires médicaux (y compris frais de déplacement)	0,83	0,72	0,71	0,75	0,75	0,73	-0,02
Biologie	1,21	1,20	1,20	1,18	1,22	1,22	0,00
Pharmacie	1,41	1,41	1,40	1,41	1,42	1,45	0,03
LPP	1,22	1,13	1,18	1,22	1,25	1,28	0,03
Transports	2,31	2,08	2,42	2,73	2,36	2,24	-0,12
Total Soins de ville	1,27	1,27	1,27	1,28	1,30	1,31	0,01

^(*) Autres praticiens : neuropsychiatres, dentistes, sages-femmes, médecine hospitalière

Source : CNAMTS

Précisions : Les calculs sont faits sur l'EPIB (échantillon au 1/100^{ème}), pour les bénéficiaires du régime général, hors SLM, y compris Dom, ayant consommé des soins de ville durant les 9 premiers mois de l'année 2011 et n'étant pas en ALD.

Pour déterminer si un bénéficiaire est à la CMU-C sur la période considérée, on regarde s'il a eu au moins un remboursement en tant que bénéficiaire de la CMU-C entre le 1^{er} octobre 2010 et le 30 septembre 2011.

Indicateur 1.2 – Divergence entre les ressources déclarées et les ressources contrôlées

Pour l'exercice 2011, les 106 caisses du Régime général d'Assurance Maladie ont renseigné l'indicateur. Avec un taux de contrôle de 98,07 %, les caisses ont détecté 3,57 % de dossiers qui présentaient des divergences entre les ressources déclarées et les ressources contrôlées.

Contrôle des ressources, taux de contrôle et taux de divergence

	2009	2010	2011
Contrôle des ressources – Taux de contrôle (A/B)	98,74%	98,43%	98,07%
Contrôle des ressources – Taux de divergence (C/A)	5,45%	4,86%	3,57%

Source CNAMTS

Contrôle des ressources, participation des organismes

	2009	2010	2011
Nombre d'organismes devant transmettre leurs données	106	106	106
Nombre d'organismes ayant transmis leurs données	99	106	106

Source CNAMTS

Alors que le nombre de contrôles a augmenté de manière sensible en 2011 (+ 10,5 % par rapport à 2010), le nombre de divergences détectées par les caisses est de 106 514 en 2011, soit 24 710 de moins qu'en 2010 (- 23,2 % par rapport à 2010).

Contrôle des ressources, nombres de contrôles auprès de la CAF et de la DGI, nombre de dossiers de bénéficiaires, nombre de divergences constatées

	2009	2010	2011
A Nombre de contrôles auprès de la CAF et de la DGI	2 376 572	2 701 417	2 984 717
B Nombre de dossiers de bénéficiaires de la CMUC	2 406 926	2 744 382	3 043 355
C Nombre de divergences par rapport aux ressources déclarées	129 581	131 224	106 514

Source CNAMTS

4.2.2. Les indicateurs du programme de qualité et d'efficience « maladie ».

Les programmes de qualité et d'efficience annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 permettent d'apprécier les résultats obtenus par les politiques mises en œuvre dans les lois de financement précédentes, au regard des objectifs de viabilité du financement, d'accessibilité, de qualité et d'efficience des principaux dispositifs de sécurité sociale.

Dans ce cadre, le Fonds CMU est producteur d'un certain nombre de données.

OBJECTIF 1 Assurer un égal accès aux soins

INDICATEUR 1.3 Recours à une complémentaire santé pour les plus démunis

1^{er} sous-indicateur Nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire

2^{ème} sous-indicateur Nombre de bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

Les données actualisées sur ces deux sous-indicateurs ont été présentées dans la première partie du présent rapport.

Le Fonds CMU est également co-responsable des indicateurs 1-2 sur le financement des dépenses de santé et le reste à charge des ménages (part de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques et taux d'effort des ménages pour leur dépense de santé après remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire et des organismes complémentaires) et 1-5 sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois pour des raisons financières : écart entre les titulaires de la CMU complémentaire et les titulaires d'une couverture complémentaire privée.

Il est intéressant de présenter ici les résultats de l'indicateur 1-5 sur le renoncement aux soins.

	Sans le suréchantillon de CMUcistes				avec le suréchantillon	
	2000	2002	2004 (*)	2006	2006	2008
(1) Renoncement des personnes bénéficiant de la CMU-C	29,20%	15%	20%	21,40%	19,10%	22,10%
(2) Renoncement des personnes bénéficiant d'une couverture privée	14,60%	10,20%	13,20%	13,90%	13,90%	15,20%
(3) Renoncement des personnes sans couverture complémentaire	32,70%	26,80%	33,10%	33,20%	33,20%	35,10%
Ecart de renoncement CMU-C/couverture privée [= (1)-(2)]	14,6 pts	4,8 pts	6,8 pts	7,5 pts	5,2 pts	6,9 pts
Ecart de renoncement sans couverture complémentaire/couverture privée [= (3)-(2)]	18,1 pts	16,6 pts	19,9 pts	19,3 pts	19,3 pts	19,9 pts

(*) Changement de formulation de la question dans l'enquête. Champ : personnes âgées de 18 à 64 ans, taux standardisés sur la structure par âge et par sexe de la population générale.

Source : IRDES - enquêtes SPS, calculs IRDES. Champ : personnes âgées de 18 à 64 ans, taux standardisés sur la structure par âge et par sexe de la population générale.

4.3. Les refus de soins et le testing en milieu rural

Plusieurs études visant à explorer le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C ont été menées. Elles s'appuyaient sur des testings réalisés dans des communes urbaines. Dans des communes de la banlieue parisienne la première fois, puis dans l'agglomération parisienne. Dans le cadre de l'élaboration du cinquième rapport d'évaluation de la loi CMU, le Fonds CMU a sollicité l'IRDES pour que soit explorée cette question en milieu rural. Il s'agissait donc de comprendre les difficultés rencontrées par un bénéficiaire de la CMU-C pour se soigner quand il habite une commune rurale. Dans ce contexte, les obstacles à l'accès aux soins n'étaient pas réduits aux refus de soins potentiels mais pouvaient s'y ajouter des difficultés qu'il partagerait avec les autres usagers, soit parce qu'il lui est difficile de se déplacer (pas de véhicule, par exemple) et qu'il n'existe pas d'offre de proximité soit parce que les délais de rendez-vous sont longs. Ces deux facteurs sont particulièrement préoccupants dans certains départements ruraux qui connaissent des problèmes de démographie médicale.

4.3.1. Les objectifs et la méthodologie

Les objectifs de cette étude étaient de réaliser une analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C.

Deux dimensions ont été explorées :

- a) les refus de soins
- b) les délais de rendez-vous (quand un rendez-vous est octroyé)

Cette analyse devait permettre de remettre les résultats quantitatifs en perspective, de les approfondir et éventuellement de mettre en évidence des éléments non repérés par le testing. Cette étude prévoit également un volet qualitatif que les difficultés d'accès des bénéficiaires de la CMU-C dans un département rural.

Seuls sont présentés dans ce rapport les résultats de l'enquête quantitative. Le rapport complet, intégrant également les éléments de la partie qualitative, sera publié dans le courant de l'année 2012.

La méthodologie

Explorer l'accès aux soins des habitants des zones rurales amène à considérer l'offre aux alentours, incluant donc aussi des professionnels urbains, notamment en ce qui concerne l'accès secondaire (spécialistes).

Des considérations supplémentaires peuvent s'ajouter aux difficultés des bénéficiaires de la CMU-C, notamment leurs difficultés à se déplacer, difficulté qu'ils partagent éventuellement avec d'autres groupes, comme les personnes âgées, des délais de rendez-vous extrêmement longs de certains spécialistes dans le cadre d'une raréfaction de l'offre dans les départements ruraux.

S'agissant de la notion de ruralité, l'IRDES a retenu dans le cadre de cette étude les zones telles qu'elles sont définies par l'INSEE. Par ailleurs, l'échelle du département est apparue comme la bonne dimension pour des raisons statistiques.

Les départements retenus ont été la Nièvre et l'Orne.

Le choix de ces départements s'est fondé sur les critères suivants : une proportion notable d'espace rural (de manière à pouvoir être qualifié de rural) avec des villes moyennes et éventuellement des problématiques spécifiques au milieu rural (éloignement de l'offre de soins, raréfaction, « désert médical »), une proportion non négligeable de bénéficiaires de la CMU-C et une bonne caractérisation de l'offre.

Les principes méthodologiques construits lors des précédentes expériences ont été repris dans le cadre de cette étude, à savoir : une procédure de double appel mais qui a été systématisée pour recueillir des délais de rendez-vous pour l'ensemble des usagers (bénéficiaires ou non de la CMU-C), l'élaboration d'un scénario crédible (CMU-C et non-CMU-C) et d'un script anticipant l'ensemble des questions possibles.

4.3.2. Les professionnels de santé testés

Les catégories suivantes ont donc été testées :

- praticiens de proximité : médecins généralistes et dentistes, kinésithérapeutes,
- médecins spécialistes d'accès direct : gynécologues, ophtalmologues, psychiatres,
- médecins spécialistes dans le parcours de soins : cardiologues, gastro-entérologues.

La sélection des professionnels de santé à enquêter s'est appuyée sur une méthode d'échantillonnage aléatoire, à partir du fichier ADELI 2010¹⁴.

4.3.3. Les résultats

Le protocole de testing a été conduit auprès de 443 médecins, dentistes et kinésithérapeutes qui ont répondu au moins une fois lors des appels.

Tous scénarios confondus (« patient CMU-C » et « patient standard »), environ 11,5 % des demandes de consultation ne donnent pas suite à une prise de rendez-vous. Ce taux brut varie fortement selon la nature de la profession médicale et le département concerné : il est nul ou très faible chez les kinésithérapeutes, marginal chez les spécialistes dans la Nièvre (seulement 2 cas de refus) alors qu'il est plus significatif dans l'Orne (8 cas de refus).

Toutefois, ces chiffres ne prennent pas en compte les différentiels éventuels entre scénario CMU-C et non CMU-C. En affinant l'analyse, il est alors possible de différencier nettement les comportements des professionnels de soins entre les deux départements. En effet, aucun phénomène de refus de soins spécifique envers les patients à la CMU-C ne peut être mis en évidence dans l'Orne : les taux de refus imputables à la CMU-C ne peuvent pas être

¹⁴ La base ADELI du Ministère de la Santé a été retenue car elle permet de disposer de certaines informations essentielles (âge, sexe, spécialité, mode d'exercice, exercice seul ou en groupe...) pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant dans les territoires retenus pour l'étude, à savoir la Nièvre et l'Orne et surtout permet de rattacher les communes d'exercice aux codes INSEE permettant la caractérisation rural/urbain.

considérés comme significatifs d'un point de vue statistique pour aucune des professions médicales enquêtées.

Dans la Nièvre, le fait de prendre un rendez-vous en précisant son statut de bénéficiaire de la CMU-C ne génère aucun refus de soins supplémentaire chez les médecins spécialistes et les kinésithérapeutes. Seuls les médecins généralistes (9,1 %) et les dentistes (13,6 %) refusent significativement plus les patients à la CMU-C que les autres.

Bilan (brut) des refus de consultations

		Nb total d'appels	Nb total de refus de consultation	% de refus de consultation
Nièvre	MG	176	24	13.6%
	Spécialistes	88	2	2.3%
	Dentistes	88	20	22.7%
	Kinés	94	4	4.3%
	Ensemble Nièvre	446	50	11.2%
Orne	MG	212	23	10.8%
	Spécialistes	58	8	13.8%
	Dentistes	82	20	24.4%
	Kinés	88	0	0.0%
	Ensemble Orne	440	51	11.6%

Source : IRDES

Le tableau suivant présente les taux pondérés (par le poids de sondage théorique¹⁵) de « refus de consultation », par profession médicale et selon le scénario utilisé lors de l'appel. Ainsi, on mesure le nombre et le taux de refus dans les deux scénarios du protocole.

Enfin, une analyse différentielle des refus constatés entre le scénario CMU-C et le scénario « patient standard » permet de mesurer un « taux de refus imputable à la CMU-C » : il s'agit d'une estimation de la proportion de patients auxquels on a refusé une consultation en raison de leur statut de bénéficiaire de la CMU-C. Il s'agit donc d'un taux de discrimination.

¹⁵ Ici, ce sont les taux et poids de sondage théoriques, c'est-à-dire calculés a priori lors de l'échantillonnage, qui sont utilisés. Une validation ultérieure devra être menée en utilisant les poids de sondage réels, qui tiennent compte de manière effective des professionnels injoignables ou non enquêtés dans le protocole.

Taux de refus de consultations selon le scénario utilisé lors de l'appel

		Refus dans le scénario CMUc			Refus dans le scénario standard (non CMUc)			Taux de refus imputable à la CMUc
		Nb appels	Nb refus	%	Nb appels(*)	Nb refus	%	
Nièvre	MG	88	16	18.2%	88	8	9.1%	9.1%
	Spécialistes	44	1	2.3%	44	1	2.3%	0.0%
	Dentistes	44	13	29.5%	44	7	15.9%	13.6%
	Kinés	47	2	4.3%	47	2	4.3%	0.0%
	Ensemble Nièvre	223	32	14.3%	223	18	8.1%	6.3%
Orne	MG	106	12	11.3%	106	11	10.4%	0.9%
	Spécialistes	29	4	13.8%	29	4	13.8%	0.0%
	Dentistes	41	11	26.8%	41	9	22.0%	4.9%
	Kinés	44	0	0.0%	44	0	0.0%	0.0%
	Ensemble Orne	220	27	12.3%	220	24	10.9%	1.4%
Ensemble Nièvre + Orne		443	59	13.3%	443	42	9.5%	3.8%

L'analyse réalisée permet de différencier nettement les comportements des professionnels de soins entre les deux départements. En effet, aucun phénomène de refus de soins spécifique envers les patients à la CMU-C ne peut être mis en évidence dans l'Orne : les taux de refus imputables à la CMU-C ne peuvent pas être considérés comme significatifs d'un point de vue statistique pour aucune des professions médicales enquêtées.

Dans la Nièvre, le fait de prendre un rendez-vous en précisant son statut de CMU-C ne génère aucun refus de soins supplémentaire chez les médecins spécialistes et les kinésithérapeutes. Seuls les médecins généralistes (9,1 %) et les dentistes (13,6 %) refusent significativement plus les patients à la CMU-C que les autres.

Parallèlement, cette analyse met en évidence la fréquence assez élevée à laquelle les praticiens « refusent » la consultation pour la population générale. En effet, les taux de refus non imputables à la CMU-C sont importants, chez les dentistes (16 % et 22 %) et les généralistes : dans 10 % des cas, il n'est pas possible de consulter le généraliste sollicité.

Cette constatation traduit sans doute en partie un engorgement de l'offre de soins primaires notamment, dans ces zones rurales sous-dotées en médecins libéraux. En effet, parmi les motifs de « refus » cités, les secrétaires médicaux font souvent état, lors de l'échange téléphonique, du fait que le médecin ne prend pas de nouveau patient en raison d'une surcharge de travail.

La différence entre départements n'apparaît pas significative dans le modèle, toutes choses égales par ailleurs. La différence non significative entre les deux départements dans le modèle pourrait s'expliquer par les effets compensés d'un département à l'autre entre la Nièvre où les refus à l'égard de la CMU-C sont plus notables et des refus pour réguler la file

d'attente dans un contexte de surcharge dans l'Orne. Les deux phénomènes ne sont pas de même nature mais se compensent dans le modèle.

Les refus à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C varient selon la catégorie de professionnels. Dans les deux départements, aucun refus spécifique n'a été notifié aux bénéficiaires de la CMU-C par des médecins spécialistes et des kinésithérapeutes. Pour les deux autres catégories de professionnels, dans l'Orne, les taux de refus imputables au fait que le patient bénéficie de la CMU-C ne sont pas significatifs sur le plan statistique (4,9 % pour les dentistes ; 0,9 % pour les médecins généralistes). Par contre, dans la Nièvre, ces catégories de professionnels refusent significativement plus que pour les autres patients, avec des taux de refus imputables à la CMU-C de 9,1 % pour les médecins généralistes et de 13,6 % pour les dentistes.

Dans la Nièvre, les patients bénéficiaires de la CMU-C souffrent « d'une double peine » : ils se voient opposés des refus comme les autres patients car les dentistes et les médecins généralistes refusent les nouveaux patients et parce qu'ils ont la CMU-C : les taux de refus sont alors respectivement de près de 30 % et 18,2 %.

L'absence de refus imputable à la CMU-C chez les médecins spécialistes contraste avec les résultats des précédentes études.

Les médecins spécialistes de secteur 2 sur les spécialités sélectionnées et dans les deux départements considérés ne sont que 8 (18 %) dans la Nièvre et 2 dans l'Orne (6 %), mais en tout état de cause, aucun spécialiste n'a opposé de refus ciblant les patients bénéficiant de la CMU-C.

La modélisation permet de mettre en évidence que **les refus sont moins probables quand les praticiens sont installés dans des zones rurales.** Plusieurs hypothèses explicatives non exclusives les unes des autres peuvent être mobilisées. Tout d'abord, les praticiens installés en zone rurale sont conscients de la raréfaction de l'offre et ne veulent pas que leurs patients soient amenés à renoncer à des soins, sachant qu'il n'y a pas d'offre alternative. D'autre part, l'interconnaissance plus forte en milieu rural pourrait nuire à la réputation d'un professionnel qui ferait de la discrimination. On peut penser aussi qu'en milieu rural, il y a moins de craintes à voir la salle d'attente « envahie » par les bénéficiaires de la CMU-C, ceux-ci n'étant pas nécessairement regroupés dans une même zone géographique contrairement aux villes où peuvent être observés des effets de quartier. La connaissance des médecins de campagne de leur environnement pourrait les rendre plus à l'écoute de la paupérisation de travailleurs agricoles voire de certains exploitants. La proximité géographique et sociale favorise également une plus grande connaissance des trajectoires de vie et une plus grande empathie.

Le dernier élément d'analyse intéressant concerne les délais d'obtention des rendez-vous. Ces derniers sont de l'ordre de 2 à 3 jours en moyenne chez les généralistes, ce qui constitue des durées relativement élevées pour un recours en soins primaires. La médiane est toutefois située à 1 jour pour les généralistes, la forte dispersion pouvant s'expliquer par les délais longs imputables aux périodes de congés. Obtenir un rendez-vous chez le dentiste prend plus de temps dans l'Orne (environ 34 jours) que dans la Nièvre (entre 20 et 25 jours selon le scénario employé). Enfin, les délais de rendez-vous chez les spécialistes excèdent 40 voire 50 jours selon les cas.

4.4. La liste des organismes gérant la CMU-C

En 2011, le nombre d'organismes gestionnaires de la CMU-C est de 477 (décision du 17/12/2010, publiée au BO Santé protection sociale solidarité du 15/02/2011) contre 495 en 2010, soit 69,9 % de l'ensemble des organismes complémentaires cotisant à la taxe/contribution CMU-C. Le chiffre d'affaires des OC inscrits dans le dispositif atteint 87,9 % du montant total du chiffre d'affaires (59,0 % pour les assurances, 24,6 % pour les sociétés d'assurance et 16,4 % pour les institutions de prévoyance).

Pour mémoire, les prestations de la CMU-C sont servies au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire d'Assurance Maladie, ou par un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance) inscrit sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C.

Nombre d'organismes participant à la CMU-C :

Année	Mutuelle	Assurance	Institution de prévoyance	Total
2005	248	26	10	284
2006	216	27	10	253
2007	204	23	8	235
2008	494	34	30	558
2009	471	34	29	534
2010	433	34	28	495
2011	413	27	37	477

Source : Fonds CMU

Ratio Nombre Organismes cotisants / Organismes participants CMU-C

Année	Mutuelle	Assurance	Institution de prévoyance	Total
2005	27,0%	24,3%	20,8%	26,4%
2006	25,4%	27,3%	21,7%	25,5%
2007	25,2%	24,7%	21,1%	24,9%
2008	65,9%	36,6%	83,3%	63,5%
2009	71,9%	36,6%	82,9%	68,2%
2010	73,9%	37,0%	82,4%	69,5%
2011	73,5%	87,1%	41,6%	69,9%

Source : Fonds CMU

La gestion de la liste nationale pour 2012

En application du décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011, paru au Journal officiel du 29 octobre 2011, la gestion de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C est intégralement confiée au Fonds CMU en remplacement de la Mission nationale de contrôle (MNC).

Le Fonds CMU est désormais chargé de procéder à l'inscription, au retrait et à la radiation des organismes complémentaires participant à la gestion de la CMU-C et d'assurer la diffusion de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C.

Cette liste est diffusée comme chaque année sur le site internet www.cmu.fr et transmise, par fichier dématérialisé, à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, à la caisse nationale d'allocations familiales, au site de diffusion des agences régionales de santé (afin qu'elles relaient l'information auprès des établissements de santé), aux préfets de département (pour relais auprès des centres communaux d'action sociale, des services sociaux, associations et organismes habilités à aider au remplissage des demandes de CMU complémentaire), ainsi qu'à l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) pour information.

4.5. Les contrôles : assiette et bénéficiaires

4.5.1. Une priorité en 2011 : le contrôle de l'assiette taxe / contribution

Ainsi que prévu par sa procédure interne de contrôle, le Fonds exerce trimestriellement un contrôle de cohérence des assiettes déclarées et de leurs évolutions.

Sur ce champ, la vigilance du Fonds aura été maximale dans un double contexte, dès le 1^{er} janvier 2011 de transformation de la contribution en taxe (cf. circulaire du 8 avril 2011 relative à la taxe de solidarité additionnelle) et de l'instauration de la taxe sur les conventions d'assurance sur les contrats responsables.

Deux types de contrôle ont été menés durant cet exercice :

- Le contrôle de cohérence sur la répartition entre « assiette taxe » et « assiette contribution » :

Les OC n'ayant déclaré que de la contribution ont systématiquement été interrogés et ils ont pour une bonne partie rectifié leurs déclarations initiales (mauvaise compréhension des dernières dispositions règlementaires). Au-delà, les OC ayant déclaré une augmentation de l'assiette de la « contribution » entre trimestres ont été questionnés. La plupart ont justifié leur déclaration par des régularisations relatives à des contrats 2010, mais certains cas relèvent d'erreurs.

Le rôle du Fonds sur ce champ a essentiellement consisté en une mise en conformité des pratiques déclaratives au regard des textes en vigueur.

- Le contrôle de cohérence de l'évolution des assiettes déclarées :

Au total, sur l'année 2011, ce sont un peu plus de 30 OC qui ont été interrogés dans ce cadre.

C'est sur ce champ que se concentrent les enjeux financiers du contrôle de l'assiette. On rappellera à ce propos, à titre d'illustration, la récupération d'un montant équivalent à 1,6 millions d'euros auprès d'une institution de prévoyance, et qui faisait suite à un changement de méthode de comptabilisation injustifié de sa part.

Il est d'ores et déjà possible de mesurer l'effet positif d'une telle démarche en termes de sensibilisation sur un sujet techniquement complexe.

Sur un plan plus général, peu de questions sont spontanément remontées des OC concernant l'interprétation de la circulaire ministérielle du 8 avril 2011. Cependant, des recoupements d'informations effectués à partir des contrôles montrent que les nouvelles règles ne sont pas toujours parfaitement comprises sur le terrain, en particulier par les organismes de petite taille, mais également parfois par des organismes de taille plus importante. Un rappel aux OC, en collaboration avec la direction de la sécurité sociale, récapitulant les principaux points de la circulaire ministérielle (modalités déclaratives contrats individuels et contrats collectifs) s'avèrerait nécessaire.

4.5.2. Le contrôle des bénéficiaires CMU-C et de l'ACS déclarés par les OC

Le Fonds CMU a pour mission de contrôler les déductions opérées par les OC sur leurs déclarations. Il s'agit de vérifier l'exactitude des déductions relatives à la CMU complémentaire et à l'ACS (que ces déclarations aient fait l'objet d'un paiement ou non). Dans ce cadre, le Fonds établit un plan de contrôle annuel.

La première étape du contrôle vise à vérifier les listes de bénéficiaires tenues à sa disposition. La liste doit correspondre aux déductions effectuées sur la déclaration du trimestre contrôlé. Ce contrôle de liste est alors ou non suivi d'un contrôle approfondi. Il s'agit, en ce cas, de confronter les informations mentionnées dans la liste relative aux bénéficiaires avec celles mentionnées sur les attestations de droits et ce, à partir d'un échantillon tiré aléatoirement.

Le contrôle à partir des listes de bénéficiaires

S'agissant de la CMU-C, 76 OC ont été contrôlés sur l'année : 59 contrôles ont porté sur l'examen des données déclarées dans le cadre des régularisations CMU-C pour l'année 2010 et 17 dans le cadre des déclarations initiales. On a abouti à un taux d'anomalie de 0,05 % dans le premier cas et de 0,15 % dans le second cas, ce qui est très faible.

31 contrôles ont porté sur l'ACS où on a abouti à un taux d'anomalies également très faible : 0,2 %.

Dans tous les cas, l'enjeu financier du contrôle est concentré sur un très faible nombre d'OC.

ENCADRÉ 3 :

Retour sur les régularisations de bénéficiaires de la CMU-C :

Chaque année, les OC ayant déclaré des bénéficiaires de la CMU-C ont la possibilité d'effectuer une régularisation annuelle au titre de l'année précédente.

Sur les 495 OC ayant déclaré des bénéficiaires de la CMU-C en 2010, moins de la moitié (214 OC) ont effectué une régularisation (positive ou négative) dans ce cadre, ce qui représente en valeur absolue 84 332 régularisations de bénéficiaires, soit un nombre trimestriel moyen de 21 083 bénéficiaires. Toutefois, ce chiffre n'est pas exhaustif puisque des régularisations de bénéficiaires s'effectuent au fil de l'eau lors des déclarations trimestrielles.

Le taux de régularisation global de bénéficiaires CMU-C atteint 3,2 % (nombre total moyen de régularisations / nombre total moyen de bénéficiaires CMU-C déclarés initial ou définitif) :
En métropole, le taux de régularisation s'élève à 3,3 % (2,4 % en 2009).
Dans les Dom, le taux de régularisation s'établit à 2,6 % (7,9 % en 2009).

Le contrôle approfondi à partir des attestations de droit

Ce contrôle est plus complet que celui du simple examen de la liste des bénéficiaires puisque le Fonds CMU contrôle l'ensemble des attestations de droits.

Plus lourd à mettre en œuvre, il ne porte que sur un échantillon des bénéficiaires déclarés sur l'échéance contrôlée :

- 150 bénéficiaires pour moins de 10 000 bénéficiaires,
- 300 bénéficiaires pour un chiffre égal ou supérieur à 10 000 bénéficiaires.

10 contrôles approfondis ont été mis en œuvre en 2011. Ils ont permis de constater un taux d'anomalies de 0,8 % sur la CMU-C et 0,5 % sur l'ACS.

Sur ces 10 contrôles, 2 sont encore en cours car les OC concernés ont dû relancer des caisses d'Assurance Maladie pour obtenir des attestations de droits encore manquantes à ce jour.

En matière de CMU-C, les caisses d'Assurance Maladie fournissent au Fonds CMU, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C ayant opté pour un OC. Or, ce nombre ressort légèrement inférieur à celui issu des déclarations auprès du Fonds CMU mais cet écart s'estompe dans le temps. On devrait se situer à l'issue de la campagne de régularisation opérée par les OC, dans une fourchette de 1 à 2 % sur l'exercice 2011.

Le taux d'anomalie constaté sur les quelques OC contrôlé est donc ressorti inférieur aux « 1 % à 2 % » que l' « on aurait pu attendre ». Ce point demeure cependant sous surveillance.

4.6. Les opérations de rapprochement

L'arrêté du 4 mars 2011 a désigné l'URSSAF de Paris-région parisienne comme le seul organisme compétent pour la gestion et le recouvrement de la taxe-contribution CMU à compter du 1^{er} janvier 2011. Par conséquent, tous les comptes cotisants ont été immatriculés à l'URSSAF de Paris-région parisienne et les organismes complémentaires envoient désormais leur déclaration à cette URSSAF, avec copie au Fonds CMU.

Le Fonds CMU a profité d'avoir désormais un interlocuteur unique pour mener des travaux de rapprochements entre les bases de données des deux organismes et aboutir à une conformité exhaustive entre ces deux bases.

En effet, chaque trimestre il existait des divergences entre les éléments détenus par le Fonds et ceux détenus par les URSSAF. Par exemple, lors du premier rapprochement il a pu être mis en évidence que le Fonds CMU et l'URSSAF de Paris avaient connaissance de l'existence de 674 organismes complémentaires cotisants, en revanche il existait des divergences concernant

52 organismes : 8 étaient enregistrés uniquement dans les bases du Fonds CMU mais inconnus de l'URSSAF et 44 étaient enregistrés à l'URSSAF mais inconnus du Fonds CMU.

Ce travail est désormais exercé à chaque échéance trimestrielle. Il permet ensuite un rapprochement sur les éléments déclaratifs : assiette de la taxe et de la contribution, nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS déclarés, montants des imputations.

Dans la continuité des travaux engagés avec l'URSSAF de Paris, le Fonds CMU a pris contact avec l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) pour vérifier l'exhaustivité de sa liste de cotisants. Le rapprochement a été initié sur les mutuelles et 34 OC ont fait l'objet d'une demande d'information par courrier. Les premières réponses parvenues au Fonds CMU confirment une différence de périmètre (OC ne faisant pas de la santé).

4.7. Les études du Fonds CMU

4.7.1. L'étude avec le CETAF sur le non recours aux soins

Le CETAF transmet annuellement au Fonds CMU les indicateurs de satisfaction sanitaire concernant les bénéficiaires de la CMU-C : santé perçue, score EPICES, non recours au médecin et non recours au dentiste. Ces indicateurs sont intégrés dans le suivi de l'action 1 du programme 183 « protection maladie », concernant la garantie de l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources. Pour rappel, les consultants des CES (centres d'examen de santé) comprennent 13 % de bénéficiaires de la CMU-C alors que ces derniers ne comptent au total que pour 5,8 % de la population française. Les CES sont donc des lieux privilégiés de rencontre et d'observation des bénéficiaires de la CMU-C.

L'enquête sur le non recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C a été menée fin 2010 au sein de 20 CES, auprès de 4 500 bénéficiaires de la CMU-C, par auto questionnaire.

Les résultats de l'enquête obtenus en 2011 révèlent que près de la moitié des bénéficiaires de la CMU-C a renoncé à au moins un soin aux cours des 12 mois précédant l'enquête. Plus d'un tiers des bénéficiaires a renoncé pour des raisons financières et presque un quart pour des raisons autres que financières.

Toutefois, le bénéfice de la CMU-C fait significativement régresser le non recours aux soins. On note une différence de plus de 13 points entre le taux de non recours pour raisons financières pour les personnes bénéficiant de la CMU-C depuis moins d'un an par rapport à celles qui en bénéficient depuis plus d'un an.

Par ailleurs, plus des deux tiers des non recours pour raisons financières sont décidés avant même d'avoir consulté le professionnel de santé.

Les soins ou produits non remboursés et la demande d'une participation financière sont les principaux motifs de non recours. Ils concernent essentiellement le dentaire (soins et prothèses), puis les médicaments, l'optique et les consultations de spécialistes.

Les non recours pour raisons financières concernant les enfants, portent sur les médicaments et l'orthodontie.

Une enquête portant sur un large groupe de bénéficiaires de la CMU-C

Entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2010, 4 589 questionnaires ont été renseignés par des bénéficiaires majeurs de la CMU-C, consultant dans 20 CES sollicités en concertation avec la CNAMTS. Des tests de passation avaient préalablement été menés par un groupe d'étudiants de la 48^{ème} promotion de l'EN3S.

Dans les questionnaires renseignés, il a y eu peu de données manquantes et les personnes interrogées n'ont pas rencontré de difficultés pour répondre aux questions.

L'âge moyen des personnes enquêtées est de 38,7 ans. 52,5 % des personnes sont des femmes. 62,5 % des personnes sont bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an et 30,7 % depuis moins d'un an.

Les caractéristiques démographiques de la population enquêtée sont très proches de celles de la population cible en termes de répartition par âge, par sexe (51,9 % de femmes contre 57,1 % chez les 20 ans ou plus) et de durée d'acquisition de la CMU-C (30,7 % ont déclaré avoir la CMU-C depuis moins d'un an contre 39,6 % de nouveaux bénéficiaires en 2010).

Les caractéristiques de santé perçue, de non recours au médecin et au dentiste au cours des deux dernières années sont très similaires à celles observées dans la population des bénéficiaires de la CMU-C reçue en 2009 dans l'ensemble des CES.

Caractéristiques socio-économiques de la population âgée de 18 ans ou plus (n=4510)

	Effectifs	%
Age		
18-19 ans	206	4,6%
20-29 ans	1 220	27,1%
30-39 ans	1 011	22,4%
40-49 ans	967	21,4%
50-59 ans	813	18,0%
60-69 ans	265	5,9%
70-79 ans	25	0,6%
80 ans ou plus	3	0,1%
Sexe		
Hommes	2 140	47,5%
Femmes	2 365	52,5%
manquant	5	/
Situation professionnelle		
Salarié	648	15,3%
Etudiant	225	5,3%
En formation	418	9,9%
Retraité	172	4,1%
Demandeur d'emploi	2 060	48,6%
Autres	717	16,9%
manquant	270	/
Santé perçue		
Perception négative de la santé (note<7)	1 908	43,1%
Perception bonne à moyenne (note >7)	2 522	56,9%
manquant	80	/

Consultation chez le médecin au cours des 2 dernières années		
Absence	358	8,0%
Au moins une	4 107	92,0%
manquant	45	/
Consultation chez le dentiste au cours des 2 dernières années		
Absence	1 272	28,4%
Au moins une	3 205	71,6%
manquant	33	/
Suivi gynécologique		
Pas de suivi régulier	1 152	49,3%
Suivi régulier	1 184	50,7%
manquant	29	/
Bénéficiaire de la CMUC		
Moins d'un an	1 312	30,7%
Un an ou plus	2 674	62,5%
Ne sait pas	290	6,8%
manquant	234	/

Pour comparaison avec les données 2009-Indicateur de satisfaction sanitaire : Perception négative de la santé, 46,3 %. Non recours médecin, 9,1 %. Non recours dentiste 29,3 %

Plus d'un tiers des bénéficiaires de la CMU-C n'a pas eu recours à des soins pour des raisons financières, mais le bénéfice de la CMU-C fait objectivement reculer le non recours aux soins

Sur l'ensemble de la population, 36,6 % des personnes déclarent avoir ne pas avoir eu recours à des soins pour des raisons financières. Mais, dans le détail, ceci concerne 32,1 % des bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an et 45,5 % des bénéficiaires depuis moins d'un an.

Non recours pour raisons financières en fonction de la date d'acquisition de la CMU-C

Acquisition CMUC	Oui	Non	Non renseigné	% non recours
Tous	1 629	2 827	54	36,6%
Moins d'un an	591	708	13	45,5%
Un an ou plus	851	1 797	26	32,1%
Ne sait pas	89	197	4	31,1%
Donnée non renseignée	98	125	11	43,9%

Le non recours pour raisons financières se produit le plus souvent avant même d'avoir consulté

Un quart (25,7 %) de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C ayant participé à cette enquête, a déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières, pour au moins un soin, avant d'avoir consulté un professionnel de santé.

Part des bénéficiaires ayant renoncé avant de consulter pour raisons financières pour au moins un soin et en fonction de la date d'acquisition de la CMU-C¹⁶

Acquisition CMUC	Effectif	%
Tous (n=4456)	1145	25,7%
Moins d'un an (n=1299)	454	34,9%
Un an ou plus (n=2648)	554	20,9%

Ces renoncements a priori concernent les deux tiers (66,2 %) des renoncements pour raisons financières.

Non recours avant ou après consultation – Population totale

	Répartition parmi ceux qui ont répondu avoir renoncé au soin considéré, %				Répartition dans l'ensemble de l'échantillon, % – n=4456			
	Avant d'avoir consulté	Après avoir consulté	Les deux	L'un ou l'autre	Avant d'avoir consulté	Après avoir consulté	Les deux	L'un ou l'autre
Généralistes	74,9%	24,2%	0,9%	0,0%	7,0%	2,3%	0,1%	0,0%
Spécialistes	72,8%	23,8%	1,0%	2,3%	9,8%	3,2%	0,1%	0,3%
Soins dentaires	70,3%	28,4%	1,4%	0,0%	11,4%	4,6%	0,2%	0,0%
Prothèses dentaires	56,4%	41,5%	2,0%	0,1%	8,7%	6,4%	0,3%	0,0%
Lunettes	70,5%	28,6%	0,8%	0,2%	10,1%	4,1%	0,1%	0,0%
Prothèse auditive	67,8%	32,2%	0,0%	0,0%	2,6%	1,2%	0,0%	0,0%
Laboratoire	69,0%	30,7%	0,3%	0,0%	4,7%	2,1%	0,0%	0,0%
Radios	69,7%	29,7%	0,7%	0,0%	4,6%	2,0%	0,0%	0,0%
Chirurgie	64,5%	33,4%	1,4%	0,7%	4,1%	2,2%	0,1%	0,0%
Médicaments non remboursables	56,4%	41,7%	1,9%	0,0%	7,8%	5,8%	0,3%	0,0%
Médicaments remboursables	58,7%	40,6%	0,7%	0,0%	3,9%	2,7%	0,0%	0,0%
Tous soins	66,2%	32,3%	1,2%	0,4%				

Les soins ou produits non remboursés et la demande d'une participation financière constituent les principaux obstacles financiers

Les obstacles financiers les plus fréquemment cités sont : « les soins, traitements, médicaments envisagés ne sont pas remboursés » et « le professionnel de santé a demandé une participation financière en plus du montant pris en charge par la CMU-C », respectivement pour 47 % et 22 % des personnes qui ont déclaré avoir renoncé pour des raisons financières. Par ailleurs, la méconnaissance des droits (« ce que la CMU-C allait prendre en charge ») est un des obstacles exprimés par près de 20 % des bénéficiaires de la CMU-C qui ont renoncé pour des raisons financières.

¹⁶ n= correspond aux nombres de personnes ayant répondu à la question.

Obstacles financiers pour accéder aux soins en fonction de la date d'acquisition de la CMU-C

	Tous – n=1629		Moins d'un an – n=591		Un an et plus – n=851	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Soins, traitements.. non remboursés	765	47,0%	273	46,2%	421	49,5%
Refus tiers payant	198	12,2%	63	10,7%	115	13,5%
Participation financière demandée	363	22,3%	114	19,3%	211	24,8%
Ne pas oser demander tarif CMUC	183	11,2%	79	13,4%	83	9,8%
Ne savait pas la prise en charge CMUC	323	19,8%	146	24,7%	140	16,5%
Frais de transport	102	6,3%	34	5,8%	51	6,0%
Frais de garde	77	4,7%	28	4,7%	37	4,3%
Pb administratifs	16	1,0%	5	0,8%	9	1,1%
Pb finances	66	4,1%	29	4,9%	33	3,9%
Autres	23	1,4%	10	1,7%	12	1,4%

Aide à la lecture : Parmi les bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an qui ont déclaré avoir renoncé pour des raisons financières, 49,5 % ont cité comme obstacle « les soins, traitements, médicaments envisagés ne sont pas remboursés ».

Le non recours porte essentiellement sur les médicaments, le dentaire, et les consultations de spécialistes

Les soins renoncés les plus fréquemment cités pour les personnes bénéficiant de la CMU-C depuis plus d'un an, sont, par ordre décroissant : les soins et les prothèses dentaires, les médicaments, les lunettes et les consultations des spécialistes. L'optique est fréquemment citée, mais, d'autres études en cours au Fonds CMU tendent à prouver qu'il ne s'agirait essentiellement que d'un renoncement a priori, ou, dans le cas d'un renoncement après avoir consulté, ce dernier pourrait être concentré sur une partie de la population qui doit bénéficier de très fortes corrections, ces dernières étant insuffisamment prise en compte dans le panier de soins.

Les problèmes évoqués dans les commentaires libres concernant les problèmes financiers sont, pour les personnes qui bénéficient de la CMU-C depuis plus d'un an, le plus souvent en relation avec le dentaire et l'optique. Ce sont des problèmes similaires qui sont évoqués par les bénéficiaires de la CMU-C depuis moins d'un an.

Le non recours peut avoir des raisons autres que financières pour presque un quart des bénéficiaires de la CMU-C

Sur l'ensemble de la population, 23,8 % des personnes déclarent avoir renoncé pour des raisons autres que financières (21,4 % des bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an contre 28 % des bénéficiaires de la CMU-C depuis moins d'un an).

Renoncement pour raisons autres que financières selon la date d'acquisition de la CMU-C

Acquisition CMUC	Oui	Non	Non renseigné	% non recours
Tous	1025	3290	195	23,8%
Moins d'un an	356	915	41	28,0%
Un an ou plus	555	2038	81	21,4%
Ne sait pas	73	205	12	26,3%
Donnée non renseignée	41	132	61	23,7%

Les motifs les plus fréquemment cités pour les personnes bénéficiant de la CMU-C depuis au moins un an, sont, par ordre décroissant : les délais de rendez-vous trop importants, le manque de temps, les soins pas jugés utiles et le refus de la part du professionnel. Il est à noter que la peur du résultat intervient dans 17,6 % des cas de renoncement pour raisons autres que financières.

*Motifs de non recours pour raisons autres que financières
en fonction de la date d'acquisition de la CMU-C*

(Pourcentages calculés pour les personnes ayant renoncé pour raisons autres que financières)

	Acquisition CMUC					
	Tous n=1025		Moins d'un an n=356		Un an ou plus n=555	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Manque de temps	342	33,4%	128	36,0%	165	29,7%
Refus de la part du professionnel	150	14,6%	43	12,1%	96	17,3%
Problème d'éloignement	133	13,0%	45	12,6%	77	13,9%
Délais de RDV trop importants	343	33,5%	125	35,1%	182	32,8%
Soins pas jugés utiles	175	17,1%	59	16,6%	98	17,7%
Peur du résultat	180	17,6%	62	17,4%	96	17,3%
Autres	48	4,7%	26	7,3%	19	3,4%

Aide à la lecture : parmi les bénéficiaires de la CMU-C depuis au moins un an, 29,7 % des personnes qui ont déclaré avoir renoncé pour des raisons autres que financières, ont déclaré avoir renoncé par manque de temps.

Les problèmes évoqués dans les commentaires libres concernant les problèmes administratifs sont, pour les personnes qui bénéficient de la CMU-C depuis plus d'un an, des problèmes de rupture lors du renouvellement de la CMU-C.

Les non recours aux soins pour raisons financières pour les enfants portent essentiellement sur les médicaments non pris en charge et sur l'orthodontie

9,8 % des personnes déclarent avoir renoncé pour des raisons financières pour leurs enfants. Leur proportion est de 8,1 % pour les personnes bénéficiant de la CMU-C depuis plus d'un an et 13,4 % pour les bénéficiaires depuis moins d'un an.

*Renoncement aux soins pour des enfants pour des raisons financières
en fonction de la date d'acquisition de la CMU-C*

Acquisition CMUC	Oui	Non	Non renseigné	% non recours
Tous	212	1 941	2 353	9,8%
Moins d'un an	83	535	694	13,4%
Un an ou plus	110	1 255	1 309	8,1%
Ne sait pas	14	101	175	12,2%
Donnée non renseignée	5	50	179	9,1%

Parmi les bénéficiaires de la CMU-C depuis un an ou plus qui ont déclaré avoir renoncé pour l'un de leurs enfants pour raisons financières, 50 % ont déclaré avoir renoncé à des médicaments, 27,3 % ont renoncé à de l'orthodontie. Parmi les autres soins cités fréquemment, on retrouve le dentaire, l'optique et l'orthopédie.

Parmi les personnes qui ont déclaré avoir renoncé pour leurs enfants,
type de soins pour lesquels les bénéficiaires ont renoncé

(Pourcentage par rapport à la population ayant renoncé)

Acquisition CMUC	Tous n=212		Moins d'un an n=83		Un an ou plus n=110	
	Nombre	Pourcent	Nombre	Pourcent	Nombre	Pourcent
Médicaments	94	44,3%	30	36,1%	55	50,0%
Orthodontie	70	33,0%	35	42,2%	30	27,3%
Autres	65	33,1%	24	28,9%	38	33,6%

La responsabilité du professionnel de santé est évoquée dans un tiers des renoncements, tous motifs confondus.

Les refus de soins stricto sensu, le refus de l'application du tiers payant et le refus du respect du tarif opposable ont été regroupés sous l'appellation « Obstacles liés à la responsabilité du professionnel de santé ». 12,8 % des bénéficiaires ont cité au moins un obstacle en relation avec le professionnel de santé. Ainsi, parmi les bénéficiaires ayant déclaré avoir renoncé (pour raisons financières ou autres raisons), 28,1 % ont cité un obstacle en relation avec le professionnel de santé. Ces données n'incluent pas les renoncements aux soins pour « délais de RDV trop importants », qui peuvent, dans certains cas, être des refus de soins déguisés.

*Obstacles liés à la responsabilité du professionnel de santé (PS)
en fonction de la date d'acquisition CMU-C parmi ceux ayant déclaré avoir renoncé*

Acquisition CMUC	Oui	Non	%
Tous	574	1471	28,1%
Moins d'un an	174	528	24,8%
Un an ou plus	347	766	31,2%

4.7.2. Les restes à charge et la révision du panier de soins CMU-C

Le reste à charge peut être défini comme ce qui reste à la charge des ménages après remboursement par les régimes obligatoires et les complémentaires santé.

Dans le cadre de l'élaboration du Vème rapport d'évaluation, le Fonds CMU a consacré un large développement à la question des restes à charge des bénéficiaires de la CMU-C.

Il convient de rappeler que la CMU-C offre à ses bénéficiaires un accès gratuit aux soins. Elle prend en charge la part complémentaire de tous les soins et médicaments prescrits et remboursables par l'Assurance Maladie, les consultations de médecine générale et spécialisée à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, quel que soit le secteur de conventionnement des professionnels de santé, ces derniers ayant l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires (sauf exigence particulière du patient).

La CMU-C dispense son bénéficiaire de l'avance des frais, du paiement de la participation forfaitaire de 1 €, des franchises médicales, en outre, elle prend en charge, de façon illimitée, le forfait journalier en cas d'hospitalisation.

En optique, prothèses dentaires, orthodontie, dispositifs médicaux, la CMU-C offre des prises en charge allant au-delà des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale et dont les limites tarifaires s'imposent aux professionnels de santé.

Le principe est donc celui d'un accès aux soins sans aucun reste à charge, pourtant, des restes à charge apparaissent notamment concernant l'optique et le dentaire.

Un focus a été porté sur ces postes de dépenses.

Les résultats sont issus de trois études menées par la CNAMTS, la CPAM des Hauts-de-Seine et la MSA de la Gironde.

La population étudiée par la CNAMTS est issue de l'EGB¹⁷. Elle est composée de la totalité des bénéficiaires de la CMU-C compris dans l'EGB, dans la mesure où ils ont consommé au moins un soin pendant l'année 2010. Le tirage aléatoire des populations composant l'EGB assure une bonne représentativité au niveau national.

Dans l'étude EGB/CNAMTS, il apparaît que « *l'optique constitue de loin le poste le plus important au sein du reste à charge des bénéficiaires de la CMU-C (44 %). L'achat de lunettes est beaucoup moins fréquent (12 %), mais lorsqu'il se produit, il y a un reste à charge dans 38 % des cas, à hauteur de 165 € en moyenne* ». Le RAC peut être supérieur à 300 € pour 5 % des personnes subissant un RAC sur ce poste.

La population étudiée par la CPAM des Hauts-de-Seine regroupe la totalité des bénéficiaires de la CMU-C du département¹⁸, ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2010. Cette population est le reflet des bénéficiaires de la CMU-C du département, dans le contexte précis de l'offre de soins locale, ce territoire offrant une grande diversité et concentrant, sur certains territoires, une forte proportion de médecins en secteur 2.

La population étudiée par la MSA de la Gironde correspond environ à 10 % de l'échantillon de la CPAM des Hauts-de-Seine et ne comprend pas la population âgée de plus de 60 ans. La population est retenue sur les mêmes critères que pour les autres études. De même que pour l'étude effectuée dans les Hauts-de-Seine, les données reflètent une réalité locale.

Dans l'étude de la CPAM des Hauts-de-Seine réalisée à la demande du Fonds CMU, 17,4 % des adultes (personnes âgées de 18 ans et plus) subissent un reste à charge sur les montures de 96,10 € en moyenne, et 15,3 % sur les verres, de 54,45 € par verre en moyenne. Pour les enfants (personnes âgées de moins de 18 ans), la fréquence d'un reste à charge est de 32,7 % pour les montures, de 58,40 € en moyenne, et de 24,3 % pour les verres, de 31,35 € par verre en moyenne.

Les adultes rencontrent moins souvent un reste à charge que les enfants, mais pour un montant supérieur. La présence de prestations hors forfait est constatée pour les adultes (9,3 % pour les montures et 8,5 % pour les verres), mais elle fait l'objet de recherches en interne à la CPAM, et ne peut être retenue comme significative en l'état actuel.

¹⁷ EGB : Échantillon généraliste des bénéficiaires. Échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'Assurance Maladie sur l'ensemble du territoire français. Il regroupe plus de 500 000 bénéficiaires du régime général. Il résulte d'un sondage au 1/97 sur le numéro de sécurité sociale (NIR).

¹⁸ Les données sont issues de la base ERASME régionale.

Pour la MSA de Gironde, un quart des bénéficiaires d'un remboursement relevant du poste optique supporte un reste à charge, qui représente globalement 30,6 % des dépenses réelles. Le montant du RAC par bénéficiaire est de 95 € (respectivement 71 € pour les montures et 81 € pour les verres). Toutefois, il convient de différencier les bénéficiaires selon l'âge, les modalités de prises en charge étant différentes avant et après le dix-huitième anniversaire. On constate que les moins de 18 ans supportent plus fréquemment des RAC (35 % d'entre eux contre 19 % parmi les 19-60 ans), mais pour un montant moyen moins élevé que les consommateurs de plus de 18 ans : 82 € en moyenne contre 109 €. Deux éléments à noter : les RAC sont plus importants pour les montures des 0-18 ans d'une part, et le montant des RAC des verres pour les 19-60 ans atteint 110 € par équipement en moyenne, d'autre part.

Afin d'obtenir également des éléments qualitatifs le Fonds CMU a rencontré plusieurs opticiens, ophtalmologues et organismes complémentaires.

Les opticiens ne rencontrent pas de problèmes particuliers avec les bénéficiaires de la CMU-C. L'approche est la même que pour les autres clients. Il est toujours demandé si la personne bénéficie ou non d'une complémentaire, la présence de la CMU-C étant alors naturellement mentionnée. L'opticien oriente en ce cas le client vers un choix d'équipements appropriés.

En revanche, l'ensemble des professionnels consultés ont pointé l'insuffisance du panier CMU-C actuel qui n'intègre pas les coûts liés à l'amincissement des verres pour les plus fortes corrections. Un bon compromis serait obtenu avec un degré d'aminci de 1,6. En effet, les verres épais sont particulièrement inconfortables, ce qui ne permet pas de porter les lunettes en permanence, là où les personnes ne peuvent justement pas effectuer les actes de la vie courante sans lunettes, et stigmatisants de part leur effet « loupe ».

Dans le cinquième rapport d'évaluation de la loi CMU, le Fonds CMU a donc proposé d'engager une réflexion, avec l'ensemble des partenaires concernés, sur une révision globale du panier de soins optique afin de tenir compte de besoins non pris en charge au moment de la création de la CMU-C, en particulier en ce qui concerne l'amincissement des verres.

Le reste à charge sur le dentaire (soins et prothèse) est évalué différemment d'une étude à l'autre. Mais il reste, après l'optique, l'un des principaux postes impactés par le RAC. Toutefois, pour un même soin à l'intérieur du panier de soins, la probabilité de subir un RAC, ainsi que son montant, sont très inférieurs pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour les non bénéficiaires.

Dans l'échantillon EGB/CNAMTS, le reste à charge sur le dentaire (soins et prothèses) concerne 5 % des consommateurs du poste et représente 14,4 % du RAC pour les soins de ville (hors hospitalisation privée).

Dans les Hauts-de-Seine, 56 % des prothèses implantées dans le cadre de la CMU-C, sont hors panier de soins, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas intégralement prises en charge par la CMU-C. Les patients ayant opté pour ce type de prothèses s'exposent donc à des restes à charge importants évalués à 128 € en moyenne.

En Gironde, pour les ressortissants du régime agricole, le poste le plus sensible au sein du poste de dépenses du poste dentaire concerne les prothèses : 63 % des bénéficiaires ont eu un reste à charge qui correspond en termes de montant à près de 46 % des dépenses réelles

totales du poste. Près de 60 % des personnes concernées sont âgés de 40 ans ou plus, et 55 % sont des femmes.

L'évolution du panier de soins dentaire pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude, en relation avec les professionnels, afin d'améliorer l'accès aux soins dentaires des bénéficiaires de la CMU-C et de réduire la proportion des restes à charge.

Au-delà du dentaire et de l'optique, la refonte du panier de soins de la CMU-C devrait également conduire à un examen attentif des prestations d'audioprothèses. Le changement le plus important consisterait à intégrer, en adéquation avec la LPP, la prise en charge d'un équipement stéréophonique complet tous les deux ans pour les personnes âgées de plus de 20 ans (les enfants et les personnes atteintes de cécité étant prises en charge sur la base du tarif de remboursement de la sécurité sociale).

4.7.3. La poursuite du partenariat avec les associations

Focus sur l'expérimentation d'ATD Quart Monde

A la fin de l'année 2010, le Fonds CMU s'est associé à cette expérimentation, qui a consisté à négocier auprès d'organismes complémentaires santé de la région nancéenne un contrat de groupe, à tarif avantageux, répondant aux besoins de santé des plus précaires, dont pourraient bénéficier les personnes accueillies par les associations faisant partie du Réseau Santé Précarités de Nancy.

Ce projet s'est mis en place dans le cadre d'échanges entre associations, usagers, professionnels de santé et la ville de Nancy. Un cahier des charges a ensuite été validé. Il a été convenu des garanties minimales que devait contenir le contrat de complémentaire santé. Plusieurs prises en charge ont été jugées comme étant indispensables, notamment en matière d'hospitalisation en psychiatrie. Un point est apparu également indispensable, celui d'une prise en charge des frais d'obsèques.

Après la détermination du panier de soins, et une prise de conseils auprès d'un avocat, un appel d'offres a été lancé auprès de plusieurs organismes. Deux organismes complémentaires ont répondu favorablement et proposent aujourd'hui un contrat à tarif négocié (30 € environ par mois pour un adulte et 50 € pour un retraité).

Le contrat s'adresse aux personnes se trouvant en situation de précarité ou ayant des difficultés financières. Il n'y a pas de plafond de ressources. L'adhésion se fait donc par le biais des associations du réseau Santé Précarités de Nancy, après une évaluation de la situation sociale.

Le Fonds CMU a suivi ce projet tout au long de l'année 2011

Plusieurs vecteurs ont permis de mener cette campagne de sensibilisation : flyers, affiches, information des associations du Réseau santé précarité, des collectivités territoriales, du service social nord-est de l'Assurance Maladie, télévision (tournages de reportages pour le Magazine de la santé, et pour l'émission 7 à 8), presse écrite locale et nationale (ASH, Libération, Viva Magazine).

La mise en place effective du premier contrat de complémentaire santé a suscité plusieurs difficultés.

Les premières ont concerné certaines clauses du contrat: la garantie obsèques s'est révélée ne pas être ouverte aux souscripteurs âgés de plus de 65 ans.

La prise en charge des enfants déscolarisés ou en apprentissage a posé problème, car ils se trouvent dans une posture différente des enfants « étudiants ». Après examen attentif, il a été décidé qu'ils pouvaient bénéficier du contrat même s'ils étaient en apprentissage, ou s'ils étaient hébergés sans activité.

Il a été nécessaire que le public éligible à ce contrat soit redéfini, une vision restrictive tendait à limiter l'accès à la complémentaire aux personnes résidant dans le sud de la Meurthe-et-Moselle ou présentes dans les associations. Or la complémentaire santé s'adresse bien aux personnes qui sont en « lien avec les associations ».

Une fiche de démarche et de suivi permettant l'évaluation, aussi bien quantitative que qualitative de la dynamique d'accès au dispositif et de la sensibilisation, a été mise à la disposition des associations et fera l'objet d'une exploitation par le Fonds CMU.

En dehors de cette expérimentation, le Fonds a poursuivi en 2011, sa précieuse collaboration avec les associations. Des rencontres ont été organisées concernant la création d'un tableau de bord sur les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les bénéficiaires. Par ailleurs, un comité de suivi Fonds CMU-Associations sera mis en place en 2012.

4.7.4. Le rôle des CCAS et des hôpitaux dans l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C

A la demande du Fonds CMU, une étude a été menée par une équipe de chercheurs du Centre Michel de l'Hospital de l'Université d'Auvergne concernant le déroulement de la pré instruction des demandes de CMU-C au sein des centres communaux d'action sociale (CCAS) et des hôpitaux, le but étant de mieux comprendre la manière dont ces structures investissent cette prestation.

En effet, dans le cadre de leurs missions, les CCAS et les hôpitaux, au titre du 2^{ème} alinéa de l'article L. 861.5 du code de la sécurité sociale portant sur les dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé, doivent apporter « *leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire* ».

La pré instruction des demandes de CMU-C par les CCAS

L'enquête, réalisée sur deux départements (Puy-de-Dôme et Seine-Saint-Denis) par entretiens auprès des personnels travaillant au sein de quelques CCAS, laisse apparaître que la pré instruction de la CMU-C ne constitue pas une activité significative des centres.

En effet, l'aide sociale ces vingt dernières années a connu de nombreuses évolutions. De nouvelles prestations ont ainsi émergé, de nouveaux dispositifs se sont créés et les CCAS ont vu leur champ d'intervention s'étendre (handicap, vieillesse, exclusion).

En fonction des priorités que se sont données les communes, les partenariats entre les institutions peuvent varier en intensité et en variété. La libre administration des CCAS ressort comme un mode d'organisation du travail largement mis en avant et qui explique que les deux CCAS se sont désengagés progressivement de la pré-instruction de la CMU-C.

En regardant en arrière, l'étude fait apparaître que la mise en place de la CMU-C a été assez mal vécue dans les centres interrogés. Ainsi, dans le Puy-de-Dôme, au moment de la publication de la loi en 2000, le directeur du CCAS refusera même toute participation dans la constitution des dossiers. Pourtant, les départements intervenaient jusque là dans la prise en charge de l'aide médicale gratuite au titre de l'accompagnement du RMI. Mais le problème de la CMU-C se trouverait dans l'absence de contrepartie et de reconnaissance du travail effectué par les assistantes sociales. Car contrairement, à l'aide médicale gratuite, aucune compensation ne vient rétribuer cette prestation.

En Seine-Saint-Denis, l'instauration de la CMU-C s'est accompagnée d'un certain nombre de présentations réalisées par la CPAM et des échanges ont été créés. Ce qui apparaît être le début d'un partenariat et d'un investissement des CCAS dans la pré-instruction des demandes de CMU-C n'a pas donné lieu à la pérennisation de cette collaboration. Au bout de quelques mois seulement, l'implication des CCAS interrogés a été fortement réduite avant que ces derniers ne se retirent complètement de la pré-instruction.

Aujourd'hui, plusieurs arguments principaux ressortent pour expliquer la non implication des CCAS dans la pré-instruction des demandes de CMU-C.

Le premier est d'ordre géographique, surtout en Seine-Saint-Denis, où la proximité des autres services et institutions participant à l'aide sociale, et singulièrement des CPAM, conduit les CCAS à revendiquer une spécialisation de leurs activités.

Le second est relatif à la répartition des tâches entre les différentes institutions, les CCAS se concentrant sur des aides et des dispositifs que d'autres n'assurent pas.

Le troisième, qui sert régulièrement à renforcer l'argument précédent, consiste à pointer du doigt la complexité de la réglementation en vigueur, d'autant plus qu'aucune formation spécifique n'a été mise en place pour permettre aux agents d'investir pleinement cette prestation.

Le dernier argument réside dans la quasi inexistence de partenariats formalisés entre CCAS et CPAM, les CCAS déplorant ainsi l'absence d'interlocuteurs identifiés.

Cette étude souligne donc que les formes d'action sociale que portent les CCAS ne peuvent être comprises sans être inscrites dans l'environnement présent, les objectifs politiques définis localement. Les CCAS cultivent leur légitimité à intervenir dans des dispositifs inédits permettant de répondre aux besoins des populations des communes dont ils dépendent, c'est-à-dire dans un cadre proche et familier. Ils accordent, par conséquent, une importance à la visibilité de leurs actions et ne souhaitent pas investir des domaines du social assurés par d'autres institutions. De plus, forts de leur expérience et de leur savoir-faire, les CCAS ne veulent pas être réduits à un rôle d'assistance face à la CPAM présentée comme exerçant son autorité de façon très réglementaire. Or, pour les personnels des CCAS étudiés, la pré-instruction réduit le rôle des CCAS à être des auxiliaires de la CPAM, mobilisant des agents qui ne participent plus directement à la résolution de la question sociale par le local.

Cette étude sera poursuivie en 2012. En effet, dans la mesure où les CCAS constituent des relais locaux importants pour favoriser la promotion et l'accès aux dispositifs de la CMU-C et de l'ACS, le Fonds CMU souhaite développer des accords et formaliser des partenariats entre les caisses d'Assurance Maladie et les départements.

La pré instruction des demandes de CMU-C par les structures hospitalières

Six terrains ont été investigués et 21 entretiens ont été réalisés entre la fin du mois d'août et la mi septembre 2011. Les personnes rencontrées occupent des fonctions diverses (directeur financier, directeur des activités, assistantes sociales, animateur social, médecin, personnels administratifs des admissions, etc.) au sein des centres hospitaliers étudiés.

L'instruction des demandes de CMU de base et de CMU-C constitue une part croissante dans l'activité des structures hospitalières. Cette évolution ne remonte pas uniquement à l'année 2000, année marquant l'entrée en vigueur de la loi CMU, mais semble résulter des modifications administratives intervenues ces dernières années et de la dégradation de la situation économique générale occasionnant un surplus d'activité. Si cette impression ne peut pas toujours être corroborée par des données chiffrées, il s'avère que les services sociaux des hôpitaux étudiés se développent. L'accès aux droits est donc intimement lié aux logiques financières qui s'imposent. Les hôpitaux sont, en effet, de plus en plus placés devant la nécessité de faire honorer les factures qu'ils émettent. Dans ce cadre, les patients bénéficiaires de la CMU de base et de la CMU-C leur procurent la certitude de voir leurs prestations payées par l'Assurance Maladie.

Des procédures spécifiques sont mises en œuvre en interne pour favoriser l'accès aux droits des patients. À ce titre, tous les hôpitaux disposent de dossiers de demande « vierges » que les personnels des services sociaux remplissent régulièrement avec les patients. Par ailleurs, la plupart des enquêtés possède des relais auprès des caisses d'Assurance Maladie afin de résoudre des problèmes techniques dans le remplissage des dossiers. Ces relations sont variables en fonction des hôpitaux (contact téléphonique, réunions périodiques, permanence physique de la CPAM dans les hôpitaux).

Plusieurs difficultés sont néanmoins soulignées.

En premier lieu, nombreuses sont les assistantes sociales qui témoignent du fait que la constitution des demandes CMU-C s'avère parfois complexe, notamment la collecte des justificatifs des ressources. Il se produit le paradoxe suivant : plus la personne est en situation précaire, plus difficile est la constitution du dossier de CMU-C.

Un autre obstacle a été souligné : la prégnance de la « culture de l'écrit ». Remplir des dossiers implique la maîtrise de la langue française. Les personnels hospitaliers n'hésitent donc pas à remplir les demandes à la place des patients. D'ailleurs, lorsque les dossiers ne sont pas remplis à l'hôpital, il y a un grand risque qu'ils ne le soient pas. Mais régulièrement, les pièces demandées par la CPAM sont compliquées à réunir, notamment pour une population marginalisée socialement. Outre les problèmes de compréhension des dossiers, des patients ne sont pas en mesure de présenter les papiers qu'ils ont égarés. Par conséquent, les patients isolés et les plus démunis constituent parfois un véritable casse-tête pour ces services. La logique réglementaire, entre, quelques fois, en discordance avec la réalité de la population bénéficiaire ou potentiellement bénéficiaire des dispositifs d'aide.

4.8. La communication du Fonds

Par la diffusion de nombreuses données statistiques, d'actualités diverses et de précisions techniques et juridiques concernant les dispositifs de la CMU de base, de la CMU complémentaire et de l'ACS, le Fonds CMU est vecteur et relais d'informations.

La diffusion de l'information se fait par le biais de plusieurs supports.

Le site internet : www.cmu.fr

Il donne accès à un grand nombre d'informations d'ordre pratique, juridique et statistique. De plus, il s'avère être une base documentaire : toutes les études menées par le Fonds, ainsi que certaines études émanant d'autres institutions y sont accessibles, par ailleurs des synthèses sont proposées pour les documents les plus importants.

Le site est une base de renseignements pour les assurés, qui peuvent, en outre, accéder aux formulaires de demande, à la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU complémentaire, aux adresses des sièges sociaux et des points d'accueil.

Il est également une base de renseignements pour les organismes complémentaires, qui ont accès à certaines informations spécifiques et peuvent en outre, pour ceux qui gèrent la CMU, actualiser les informations les concernant (coordonnées, points d'accueil...).

Par le biais de courriels, des questions d'ordre général sur le fonctionnement des dispositifs peuvent être adressées au Fonds CMU qui s'efforce d'y répondre le plus précisément et le plus rapidement possible (72 heures en moyenne).

Via la messagerie, les assurés sont susceptibles de signaler les refus de soins dont ils sont victimes. Le Fonds CMU est alors amené à renseigner les assurés victimes de refus de soins sur les démarches à effectuer.

Plus de 200 messages sont traités chaque mois, ils proviennent pour l'essentiel d'assurés mais aussi d'organismes complémentaires, de caisse d'Assurance Maladie, d'associations, d'administrations...

Les visites de notre site sont en augmentation constante. En 2011, on comptabilise 985 194 visites, soit une augmentation d'environ 19 % par rapport à 2010.

En 2011, le Fonds CMU a initié une refonte de son site internet dont la livraison est prévue avant la fin de l'année 2012.

Références CMU, la lettre d'information du Fonds CMU

Plus de 4 000 exemplaires de cette lettre sont diffusés chaque trimestre. Ses destinataires sont les caisses d'Assurance Maladie et les URSSAF, les organismes complémentaires, les associations, les administrations, les journalistes.

Chaque numéro reprend notamment les données relatives au nombre de bénéficiaires, au coût des dispositifs et l'actualité juridique. C'est également l'occasion de mettre en lumière les études ou les rapports ayant trait à la CMU ou à l'ACS et de faire un point sur les textes, législatifs ou réglementaires récemment parus.

A partir des bordereaux déclaratifs de la contribution à la CMU adressés chaque trimestre au Fonds, Références informe sur l'évolution de l'assiette de la contribution des organismes complémentaires.

Chaque numéro est téléchargeable sur le site du Fonds CMU.

L'annuaire statistique

Ce document regroupe, de façon exhaustive, toutes les données statistiques relatives à la CMU-C, à l'ACS (effectifs, dépenses des bénéficiaires, évolutions annuelles, mensuelles, plafonds d'attribution, budget du Fonds CMU) et à la CMU de base (évolutions des effectifs).

Nota : Les cartes présentées dans ce rapport ont été réalisées avec le logiciel Philcarto.

LISTE DES ANNEXES

1. LES MISSIONS DU FONDS CMU
2. PRESENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS
3. PRINCIPAUX TEXTES RELATIFS AU FONDS CMU, A LA CMU ET A L'ACS EN 2011
4. CONSEIL D'ADMINISTRATION
5. CONSEIL DE SURVEILLANCE
6. ORGANIGRAMME DU FONDS CMU
7. L'ACTUALITE DES COMPLEMENTAIRES SANTE
8. LISTE DES 100 PREMIERS OC CLASSES PAR CHIFFRE D'AFFAIRES
9. ANNUAIRE STATISTIQUE

ANNEXE 1 : LES MISSIONS DU FONDS CMU

Le Fonds de financement de la CMU complémentaire est un établissement public national à caractère administratif.

Créé par l'article 27 de la loi du 27 juillet 1999, il fait partie des 584 opérateurs de l'État (en 2011). A ce titre, il est sous la tutelle des ministères chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'économie.

La première mission du Fonds CMU est de financer le volet complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) et d'assurer la gestion de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Pour l'année 2011, les recettes du Fonds ont été exclusivement constituées par une taxe à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé sur leur chiffre d'affaires santé (6,27 % depuis 2011).

La gestion de la CMU complémentaire se fait, au choix du bénéficiaire, soit par son régime obligatoire d'Assurance Maladie, soit par un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance) inscrit sur la liste annuelle des organismes volontaires pour participer à la CMU complémentaire.

Chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire ouvre droit pour le gestionnaire à un forfait fixé à 370 € en 2011.

Le Fonds CMU verse aux régimes obligatoires la somme de ces forfaits. Quant aux organismes complémentaires, ils les déduisent du montant de la taxe due.

Ces derniers déduisent également le montant de l'aide pour une complémentaire santé dont leurs assurés bénéficient.

Le cas échéant, les OC reçoivent le remboursement de la somme qui leur est due quand le montant de la taxe due 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 également en un « suivi qualitatif » dont l'objet est d'identifier les difficultés d'application de la loi et les solutions à mettre en œuvre, ainsi que de dessiner les évolutions souhaitables. La participation à des recherches ou la conduite d'études concourent au recueil d'observations et à la formulation de mesures à prendre.

Le Fonds réalise ainsi plusieurs rapports (prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS, dépense moyenne de la CMU complémentaire par bénéficiaire).

En 2011, différentes études ont été rendues publiques (elles sont disponibles sur le site internet du Fonds CMU).

En application du décret n°2011-1386 du 27 octobre 2011, paru au Journal officiel du 29 octobre 2011, le Fonds a désormais pour mission d'assurer la gestion (inscription, retrait, radiation) et la publication de la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU-C en remplacement de la Mission nationale de contrôle.

Le Fonds a également un rôle d'information par la diffusion des nombreuses données statistiques et par la mise à disposition de précisions et mises au point qu'impliquent les dispositifs CMU-C et ACS (cf. partie 4.8 – La communication du Fonds CMU).

Pour mener à bien ces différentes missions, l'équipe du Fonds CMU est constituée de 9 personnes, auxquelles s'ajoute un agent comptable en adjonction de service.

ANNEXE 2 : PRÉSENTATION DE LA CMU ET DE L'ACS

La CMU de base

La CMU de base permet à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, qui ne peut s'ouvrir des droits à l'Assurance Maladie à un autre titre, de bénéficier des prestations en nature du régime général. Elle est gérée uniquement par les caisses primaires d'Assurance Maladie.

La condition de stabilité

A l'occasion d'une première demande, la condition de stabilité est réputée acquise après trois mois de résidence ininterrompue en France. Toutefois, ce délai n'est pas opposable dans certains cas (personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, bénéficiaires d'une ou plusieurs prestations familiales, personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié...).

Lors du renouvellement de la CMU de base, la condition de stabilité est réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les Dom, son foyer permanent (lieu où elle habite normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile).

Un contrôle annuel de la résidence est effectué par les caisses primaires d'Assurance Maladie.

La condition de régularité

La régularité du séjour doit être justifiée par la production d'un titre de séjour, ou par la présentation de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours (récépissé en cours de validité, convocation à la préfecture, etc.).

Les résidents communautaires inactifs et les étudiants, n'ayant pas acquis un droit au séjour permanent (cinq ans de résidence légale et ininterrompue en France – art. L.122-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) ne peuvent prétendre, sous réserve d'un examen au cas par cas, à la CMU de base. Ils doivent recourir à une assurance privée ou être couverts par le biais de l'Assurance Maladie de leur pays d'origine.

Les prestations

La CMU de base ouvre droit à l'ensemble des prestations en nature de l'Assurance Maladie dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux (prise en charge des soins de ville et à l'hôpital, des médicaments, dans la limite des règles définies par l'Assurance Maladie).

La seule CMU de base (sans assurance complémentaire) engendre les mêmes obligations que l'Assurance Maladie. Le bénéficiaire est redevable du ticket modérateur et du forfait journalier, c'est-à-dire de la part non prise en charge par l'Assurance Maladie.

En outre, il est tenu de faire l'avance des frais, est soumis au paiement de la participation forfaitaire de 1 € ainsi qu'aux franchises médicales portant sur les médicaments, les transports sanitaires, et les actes réalisés par un auxiliaire médical.

La cotisation

En fonction des revenus, l'intéressé peut être redevable d'une cotisation. Le revenu pris en compte est le revenu fiscal de référence de l'année civile précédente, figurant sur le dernier avis d'imposition. Au-delà de 9 164 € (plafond fixé pour la période allant du 1^{er} octobre 2011 au 30 septembre 2012) de ressources annuelles, la cotisation due s'élève à 8 %. Elle est assise sur la part des revenus excédant le plafond de 9 164 €.

La CMU de base est gratuite pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'ACS.

Un contrôle annuel des ressources est effectué par les caisses primaires d'Assurance Maladie.

La CMU-C

La CMU-C offre une protection complémentaire santé gratuite aux demandeurs dont les ressources annuelles sont inférieures à un plafond, fixé annuellement par décret, et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer.

Au 1^{er} juillet 2011, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 7 771 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer (soit 8 649 € pour une personne seule).

Les demandeurs doivent répondre aux mêmes exigences de stabilité et de régularité de séjour que celles demandées pour l'affiliation à la CMU de base.

Pour le calcul du droit à la CMU-C, l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande est pris en compte, y compris certaines prestations familiales, allocations diverses, et revenus de capitaux placés.

Les avantages procurés par un logement sont pris en compte de façon forfaitaire. Les personnes locataires percevant une aide au logement, les propriétaires, ou les personnes logées à titre gratuit, se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition du foyer (en 2011, le montant mensuel du forfait logement pour une personne seule bénéficiaire d'une aide au logement est de 56,04 €, 56,99 €, en 2012).

Les versements du RSA, de la prime d'accueil du jeune enfant, de l'allocation personnalisée d'autonomie, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de l'allocation de rentrée scolaire (art. L.861-2 et R.861-10 du CSS) ne sont pas pris en compte.

Les revenus d'activité perçus durant la période de référence, subissent un abattement de 30 % lorsqu'au moment de la demande, le demandeur est en situation d'interruption de travail supérieur à six mois pour longue maladie, de chômage indemnisé ou perçoit l'allocation temporaire d'attente, l'allocation de solidarité spécifique ou encore est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle.

La CMU-C est accordée pour un an, elle prend en charge le ticket modérateur pour les soins de ville et hospitaliers et le forfait journalier. Au delà des tarifs de l'Assurance Maladie, des forfaits de dépassements pour les lunettes, les prothèses dentaires, les dispositifs médicaux, les audioprothèses sont également pris en charge. Le bénéficiaire de la CMU complémentaire est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. En l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires.

Ces prestations sont prises en charge à hauteur de 100 % du tarif de sécurité sociale et sans avance des frais, sachant que les professionnels de santé doivent respecter les tarifs opposables, les dépassements d'honoraires étant prohibés.

La CMU-C est gérée, soit par l'organisme d'Assurance Maladie qui est en charge de la protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes participant à la CMU complémentaire.

A l'expiration de leur droit à la CMU complémentaire, les bénéficiaires ayant fait le choix d'une gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'un an. Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé, dont le tarif est réglementé (370 €/ an en 2010, pour une personne seule), qui offre un niveau de garantie identique à celui de la CMU complémentaire, à l'exception de la prise en charge des participations forfaitaires, des franchises et des majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins.

Ce contrat de sortie peut être cumulé avec l'aide pour une complémentaire santé.

La demande de CMU-C est étudiée par la caisse d'Assurance Maladie du demandeur. Le renouvellement de la CMU-C doit être demandé chaque année dans les mêmes formes que la demande initiale, deux mois avant la date d'échéance du droit.

NB : Comme en matière de CMU de base, lors du renouvellement des droits CMU-C, la condition de stabilité est réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les Dom, son foyer permanent (lieu où les personnes habitent normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile).

L'aide pour une complémentaire santé (ACS)

L'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle consiste en une aide financière au paiement d'un contrat d'Assurance Maladie complémentaire de santé.

Jusqu'au 31 décembre 2011, cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 %.

Au 1^{er} juillet 2011, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 9 792 €. Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'Outre-mer (soit 10 898 € pour une personne seule).

Les conditions de stabilité et de régularité de la résidence sont examinées dans les mêmes conditions que pour la CMU complémentaire par l'organisme d'Assurance Maladie du demandeur.

En cas d'accord, celle-ci remet une attestation-chèque au demandeur (et à ses bénéficiaires âgés de plus de 16 ans). Sur présentation de cette attestation auprès de l'organisme complémentaire de son choix, l'intéressé bénéficie d'une réduction sur le montant du contrat nouvellement choisi ou déjà souscrit.

Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer (100 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200 € pour les personnes âgées de 25 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 500 € pour celles de 60 ans et plus).

A compter du 1^{er} janvier 2012, en application de l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, le plafond d'attribution de l'ACS est porté à + 35 % du montant du plafond de la CMU-C, soit 10 491 € par an pour une personne seule en métropole et 11 677 € dans les départements d'Outre-mer (plafond applicable aux décisions rendues à compter du 1^{er} janvier 2012).

L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due.

Elle est accordée pour une année et est renouvelable dans les mêmes formes que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit.

Chaque trimestre, l'organisme complémentaire peut déduire du montant de sa contribution due au titre de la contribution à la CMU complémentaire, un quart du montant de l'aide accordée à ses adhérents.

Tous les contrats ne sont pas éligibles à l'ACS. C'est le cas des contrats collectifs obligatoires et des contrats collectifs pour lesquels une participation de l'employeur intervient. En outre, les contrats doivent respecter les règles des contrats dits « responsables » : ils ne doivent pas couvrir la participation forfaitaire, les franchises, etc.

L'aide complémentaire santé est également applicable sur les contrats de sortie CMU.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, en vertu d'un accord signé entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux, les bénéficiaires de l'aide complémentaire santé et leurs ayants-droit, dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, ont droit à la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie. Ce droit au tiers payant est valable 18 mois à compter de la remise de l'attestation de droit à l'ACS, que le bénéficiaire ait ou non souscrit une complémentaire santé. Ce dispositif a été renforcé par l'arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, et plus récemment conforté par la convention médicale du 26 juillet 2011. Le tiers-payant doit être désormais accordé systématiquement par le médecin aux bénéficiaires de l'ACS soit sur présentation de l'attestation correspondante, soit sur la base de l'information mise à disposition via les téléservices de l'Assurance Maladie.

Au-delà du cadre de l'ACS, le tiers-payant peut être octroyé à des personnes se trouvant dans une situation difficile.

**ANNEXE 3 : PRINCIPAUX TEXTES RELATIFS AU FONDS CMU,
À LA CMU ET À L'ACS EN 2011**

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
01/01/2011	Loi n°2010-1594	<p>Loi de financement de la sécurité sociale pour 2011</p> <p>Article 3 modifiant le taux de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au plan de lutte contre la pandémie grippale (taux fixé à 0,34% au lieu de 0,77%).</p> <p>Article 27 revalorisant le plafond d'attribution de l'aide complémentaire santé (le plafond est fixé à +26% au-dessus du plafond CMU-C au lieu de +20%)</p> <p>Article 118 : complète l'article L.161-1-4 du code de la sécurité sociale afin de permettre aux organismes de sécurité sociale de demander pour le service d'une prestation ou le « contrôle de sa régularité », toutes pièces justificatives utiles « pour vérifier l'identité du demandeur ou du bénéficiaire d'une prestation ainsi que » pour apprécier les conditions du droit à la prestation...</p> <p>Article 116 : complète l'article L.114-19 du code de la sécurité sociale en permettant aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale d'user du droit de communication pour le recouvrement des prestations versées indûment à des tiers.</p>	Parlement	20/12/2010	21/12/2010 – JORF n°0295
01/01/2011	Décision	portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2011	Mission nationale de contrôle	17/12/2010	15/02/2011 – BO Santé protection sociale solidarité n°1

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
01/01/2011	Décision	Relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie : augmentation de la valeur du C à 23 €	Union nationale des caisses d'Assurance Maladie	23/12/2010	06/01/2011 – JORF n° 0004
01/01/2011	Loi n°2010-1657	Loi de Finances pour 2011 Article 190 modifiant la contribution CMU en taxe additionnelle de solidarité dont le taux est fixé à 6,27 % Article 21 modifie l'article 1001 du code général des impôts et assujettit les contrats responsables et solidaires à la TSCA (taxe sur les conventions d'assurance) à un taux de 3,5%	Parlement	29/12/2010	30/12/2010 – JORF n° 0302
01/01/2011	Décret n°2010-1783	Portant extension et adaptation du RSA dans les Dom et les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon	Ministère des solidarités et de la cohésion sociale	31/12/2010	1 ^{er} /01/2011 – JORF n° 0001
01/01/2011	Décret n° 2011-56	Relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale : permet à l'UNCAM d'augmenter le taux de participation des assurés sur les médicaments à service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques et les dispositifs médicaux. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie pour 2011 (impact sur la part prise en charge par la CMU-C)	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	14/01/2011	15/01/2011 – JORF n° 0012
01/01/2011	Décret n° 2010-230	Portant revalorisation du montant forfaitaire du revenu de solidarité active et de l'allocation de revenu minimum d'insertion : augmentation du forfait logement	Ministère des solidarités et de la cohésion sociale	01/03/2011	03/03/2011 – JORF n° 0052
01/01/2011	Arrêté	Portant désignation d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales unique pour le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurances	Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État	04/03/2011	10/03/2011 JORF n° 0058

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
16/03/2011	Loi n° 2011-267	D'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure Article 104 : autorise les échanges entre agents de l'État et organismes de sécurité sociale dans le cadre de la lutte contre la fraude	Parlement	14/03/2011	15/03/2011 – JORF n° 0052
30/04/2011	Décret n° 2011-467	Relatif aux états statistiques des entreprises d'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance en matière de protection complémentaire : ce décret complète les états statistiques servant à établir le rapport annuel d'information du Gouvernement au Parlement dans le cadre de la discussion sur la LFSS. Ce rapport apporte un éclairage sur la situation financière des organismes complémentaires	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	27/04/2011	29/04/2011 – JORF n° 0100
01/07/2011	Décret n° 2011-1028	Relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	26/08/2011	28/08/2011 – JORF n° 0199
21/08/2011	Arrêté	Fixant pour l'année 2011 le montant du report à nouveau du Fonds de financement de la CMU complémentaire affecté à la CNAMTS (montant du RAN : 129 447 458 €)	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	8/08/2011	20/08/2011 – JORF n° 0192
26/09/2011	Arrêté	Portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	22/09/2011	25/09/2011 JORF n° 0223
28/09/2011	Arrêté	Fixant les modèles des formulaires relatifs aux demandes de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et d'aide pour une complémentaire santé (ACS)	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	1/09/2011	20/09/2011 – JORF n° 0225
01/10/2011	Arrêté	Pris en application de l'article D.380-4 du code de la sécurité sociale (revalorisation du plafond d'exonération de la CMU de base)	Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État	11/07/2011	14/07/2011 – JORF n° 0162
01/10/2011	Loi n° 2011-900	Loi de finances rectificative pour 2011 (article 54 : instaurant une contribution de 35 € pour toute instance introduite devant une juridiction en matière civile, commerciale, prud'homale, sociale ou rurale devant une juridiction judiciaire ou administrative).	Parlement	29/07/2011	30/07/2011 – JORF n° 0175

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
01/10/2011	Loi n°2011-1117	Loi de finances rectificative pour 2011 (article 9 : fixant le montant de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à 7 % pour les contrats responsables et 9 % pour les contrats non responsables)	Parlement	19/09/2011	20/09/2011 – JORF n° 0218
01/01/2012	Loi n° 2011-1906	Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 Article 55 : institution d'un « label ACS » afin d'améliorer le contenu des contrats de complémentaire santé, en particulier, ceux souscrits par les bénéficiaires de l'ACS Revalorisation du plafond d'attribution de l'aide complémentaire santé (le plafond est fixé à +35% au-dessus du plafond CMU-C)	Parlement	21/12/2011	22/12/2011 JORF n° 0296
01/10/2011	Arrêté	Portant modification de l'annexe au décret n° 2008-778 du 13 août 2008 relatif à la fourniture du gaz naturel au tarif spécial de solidarité	Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale et le ministre auprès du Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, chargé de l'industrie, de l'énergie et de l'économie numérique	22/12/2011	24/12/2011 – JORF n° 0298

Autres textes ayant retenu notre attention

Date d'application	Libellé / Contenu	Statut et références du texte	Organismes émetteurs	Date de signature du texte	Publication
16/02/2011	Relative aux modalités de mise en œuvre par les caisses primaires d'Assurance Maladie et les caisses générales de sécurité sociale du droit de timbre annuel conditionnant l'accès à l'aide médicale de l'État, à compter du 1 ^{er} mars 2011	Circulaire n° DSS/2A/2011/64	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	16/02/2011	www.circulaires.gouv.fr
08/04/2011	Relative à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance collectée par les organismes de protection sociale complémentaire au profit du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie	Circulaire n° DSS/5D/2011/133	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État	08/04/2011	www.circulaires.gouv.fr
09/06/2011	Relative à la condition d'Assurance Maladie complète dont doivent justifier les ressortissants européens inactifs, les étudiants et les personnes à la recherche d'un emploi, au-delà de 3 mois de résidence en France	Circulaire n° DSS/DACI/2011/225	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État	09/06/2011	www.circulaires.gouv.fr
19/09/2011	Relative à la mise en œuvre du contrôle des dossiers signalés par l'échange de données sur les non-résidents fiscaux	Lettre-réseau n° LR-DDO-147/2011	CNAMTS	19/09/2011	

ANNEXE 4 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration du Fonds CMU se réunit au moins deux fois par an, il a notamment pour rôle :

- d'adopter le budget du Fonds ;
- d'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité ;
- de proposer au gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du Fonds ;
- d'autoriser le directeur à passer les conventions prévues à l'article R.862-11 du code de la sécurité sociale (les conventions visées à cet article sont signées entre le Fonds CMU et les organismes d'Assurance Maladie et précisent 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).

Le conseil d'administration du Fonds s'est réuni une première fois le 27 avril 2011, sous la présidence de Michel THIERRY (IGAS). Lors de cette séance, il a adopté le rapport d'activité et le compte financier du Fonds pour 2010.

Le conseil d'administration du Fonds, s'est réuni une seconde fois le 26 octobre 2011, il a adopté le budget primitif du Fonds CMU pour l'année 2012. Les recettes du Fonds ont été réajustées à la baisse pour tenir compte de la hausse, à effet du 1^{er} octobre 2011, du taux de la TSCA de 3,5 points.

Président

M. Michel THIERRY
Inspecteur général des affaires sociales

En qualité de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale

M. Damien VERGE
M. Olivier BACHELLERY
M. Bruno MORIN

En qualité de représentants du ministre chargé du budget

M. Grégory BERTHELOT
M. Rodolphe GINTZ

En qualité de représentante du ministre chargé de l'économie

Mme Dominique LEGAY

ANNEXE 5 : CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le conseil de surveillance du Fonds s'est réuni le 22 juin 2011, sous la présidence de Jean-Marie ROLLAND, député de l'Yonne.

Après avoir rendu un avis favorable, le rapport d'activité 2010 a été transmis au Parlement en application de l'article R. 862-8 du code de la sécurité sociale.

Le conseil a ensuite pris connaissance du rapport relatif aux prix et aux contenus des contrats ayant bénéficié de l'ACS en 2010 et de celui sur les coûts moyens des dépenses de CMU-C par bénéficiaire en 2009 et 2010.

Le conseil de surveillance du Fonds CMU a tenu sa seconde réunion de l'année le 30 novembre 2011. Parmi les points abordés on peut retenir la présentation des principales mesures contenues dans le PLFSS pour 2012 et des résultats du troisième rapport relatif à la situation financière des organismes complémentaires santé réalisé par DREES.

Président

Jean-Marie ROLLAND

Membres de l'Assemblée nationale

Martine CARRILLON-COUVREUR

Jacques DOMERGUE

Membres du Sénat

Gérard ROCHE

Alain MILON

Serge DASSAULT

Représentants des organismes œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies

La Croix-Rouge française

Secours populaire français

Secours catholique

Union nationale inter fédérale des œuvres et organismes privés, sanitaires et sociaux
Médecins du Monde

ATD Quart Monde

Le CISS

Union nationale des associations familiales

Judith PENGUILLY

Amina NORDMAN

Fabrice MOLLIEUX

Bruno GROUES

Bernard MORIAU

Huguette BOISSONNAT-PELSY

Chantal DESCHAMPS

Christiane BASSET

Représentants des régimes obligatoires d'Assurance Maladie

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés – CNAMTS

Régime social des indépendants – RSI

Caisse centrale de mutualité sociale agricole - MSA

Michel REGEREAU

Daniel BOGUET

Gérard QUEVILLON

Odile BARNAUD

Gérard PELHATE

Pierre BERTHELOT

Représentants des organismes de protection sociale complémentaire

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale de la mutualité française - FNMF

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération des mutuelles de France - FMF

Organismes mutualistes sur désignation de la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles - FNIM

Entreprises d'assurance sur désignation de la Fédération française des sociétés d'assurance - FFSA

Entreprises d'assurance sur désignation du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance - GEMA

Institutions de prévoyance sur désignation du Centre technique des institutions de prévoyance - CTIP

Fabrice HENRY

Dominique JOSEPH

Maurice RONAT

Pascale VATEL

Philippe DELEMARRE

Alain ROUCHE

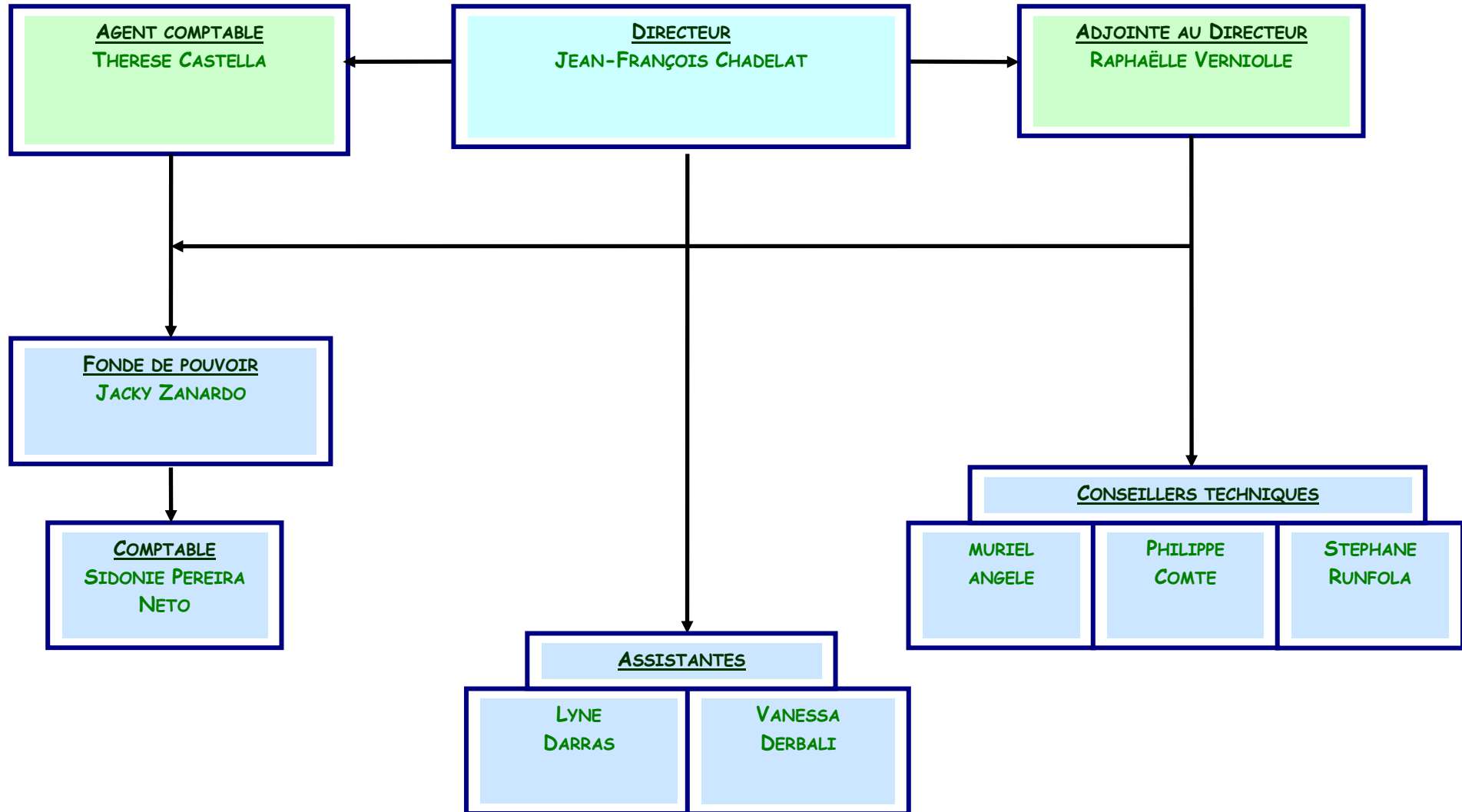
Norbert BONTEMPS

Marie-Sophie HOUIS-VALLEToux

Jean-Louis FAURE

Evelyne GUILLET

ANNEXE 6 : ORGANIGRAMME DU FONDS CMU



ANNEXE 7 : L'ACTUALITÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTE

Contexte et évolutions du monde des complémentaires santé appréhendés à travers une revue de presse de l'année 2011

L'évolution prévisible du prix des contrats de couverture complémentaire en 2012

Dans le Figaro Économie (édition du 16 octobre 2011), le cabinet Mercer prévoit sur des évolutions moyennes de prix des complémentaires santé en 2012 de 8 % pour les contrats individuels, de 7 % pour les contrats collectifs. La majoration tient compte à la fois de l'augmentation de la taxe sur les conventions d'assurance mais également de l'alourdissement des dépenses de santé à la charge des complémentaires.

Dans Liaisons Sociales Quotidien (17 octobre 2011), le président de la Mutualité française évoque une hausse probable de 4,7 % en 2012, dont 3,2 % de répercussion de la taxe et 1,5 % imputables à l'augmentation des dépenses de santé.

Pour Cyrille Chartier-Kastler, président du cabinet de conseil Facts & Figures, qui s'est exprimé dans Le Monde du 29 juillet 2011, « *si une hausse de 5 % est envisagée en 2012 pour les contrats de santé individuel, elle serait plus élevée pour les contrats collectifs, de 8 % à 10 %, ceux-ci devant intégrer les compléments de financement dus au rallongement de la durée du travail* ». « *Toute la question est de savoir jusqu'à quel niveau ces hausses, qui vont se répercuter sur le budget des ménages, vont être supportables ; la question, c'est le point de rupture* ».

La Tribune du 4 octobre 2011 aborde la situation de la Mutuelle Générale qui prévoit une hausse de 8 à 10 %. « *Mais la taxe n'est que l'une des causes. Sans elle, il y aurait eu une progression comprise entre 4,5 % et 6,5 % due à l'inflation des dépenses médicales et au vieillissement des adhérents* ».

Dans son édition du 30 septembre 2011, l'Argus de l'assurance parle également de « *plusieurs facteurs qui concourent à cette explosion tarifaire* ». « *Le plus important concerne la progression des dépenses de santé. Les organismes complémentaires sont confrontés à une dérive deux fois supérieure à celle mesurée par les statistiques de l'Assurance Maladie : des grands assureurs membres de la FFSA font état d'une progression de leurs remboursements de l'ordre de 6 à 7 % sur douze mois. Outre la hausse dite tendancielle des dépenses de santé - de l'ordre de 3 % par an -, ce chiffre s'explique par l'empilement des transferts intervenus ces dernières années, ainsi que les dépassements d'honoraires, galopants en médecine de ville comme à l'hôpital. Du côté du CTIP, on signale aussi une « surchauffe » des dépenses d'optique* ».

De son côté, Les Echos (21 décembre 2011) citent l'association UFC-Que-Choisir pour qui les OC en relevant le tarif des cotisations en 2010, en ont profité pour augmenter leurs frais de gestion et leurs marges au détriment des assurés ; 30 % du produit des cotisations en 2010 aurait été absorbé par les OC à leur seul profit.

On rappellera que sur l'année 2010, le Fonds CMU avait constaté une augmentation de 4,3 % du chiffre d'affaires déclaré par les OC.

La réaction des OC sur le doublement de la taxe sur les conventions d'assurance

Le doublement de la taxe sur les conventions d'assurance de 3,5 % à 7 % a été très vivement contesté par les OC, en particulier les instances de la FNMF, qui se sont érigées contre « *un impôt sur la santé* ».

Depuis 2008, les taxes frappant les organismes complémentaires « *ont été multipliées par 20* » (Etienne Caniard, Président de la FNMF, Le Monde du 1^{er} septembre 2011).

« *Les mutuelles sont transformées en collecteur d'impôts !* » (Espace Social européen n° 990 – du 23 septembre au 6 octobre 2011). « *Avec la taxe CMU portée à 6,27 % en 2011 et une TSCA à 7 %, la fiscalité des contrats responsables va atteindre ... 13,27 % ! D'où l'interrogation de Philippe Mixe, le Président de la FNIM, « la santé ne serait-elle donc plus un produit de première nécessité ?* » (L'Argus de l'assurance du 25 août 2011).

« *Il s'agit d'une mesure de court terme de nature financière qui n'est pas à la hauteur de l'enjeu de l'accès aux soins* » (Etienne Caniard, L'Argus de l'assurance du 25 novembre 2011).

Selon Etienne Caniard, ce ne sont pas les organismes qui sont concernés mais « *l'ensemble des ménages qui voient augmenter leurs tarifs de cotisation* ». « *La taxation est en effet soudaine et brutale et les mutuelles n'ont pas les moyens statutaires d'être gérées en déficit* ».

« *Ce sont tous nos concitoyens qui vont contribuer à cet impôt non pas en fonction de leur revenu mais de leur besoin de santé* ». « *Il s'agit d'un choix délibéré de taxation indirecte des français* ». « *Cette défausse permet aux Pouvoirs Publics de ne pas afficher une taxation directe et trop visible de l'ensemble des français* ». « *Il s'agit ni plus ni moins d'une grande injustice sociale* ». « *Le recours à la CSG aurait été à la fois plus juste et plus efficace* ».

En effet, « *Rendre les complémentaires plus difficilement accessibles, notamment pour les plus défavorisés d'entre nous, revient à accroître les difficultés d'accès aux soins* ». « *Paradoxalement, cette taxation des complémentaires pourrait augmenter les dépenses de l'Assurance Maladie tout en dégradant la santé de nos concitoyens par un recours aux soins plus tardifs* » (AFIM du 29 août 2011).

« *Le risque de contournement des contrats responsables existe aussi* ».

« *La FNMF avait placé beaucoup d'espoirs dans les contrats responsables qui devaient encourager les assurés à respecter ce parcours de soins ; mais ils ont été utilisés pour un pilotage à court terme* » (Etienne Caniard, L'Argus de l'assurance du 25 novembre 2011).

L'article « *La taxe réduit la couverture* » (L'Argus du 2 septembre 2011) évoque, face à la montée des tarifs, une éventuelle remise en cause des contrats responsables. Pour Martin Vancostenoble (directeur technique du groupe April), il n'est pas impossible se s'écarter des contrats responsables qui « *imposent un panier de soins et qui sous leur forme actuelle ne responsabilisent pas vraiment les clients* ».

Par contre, un retour de la sélection semble exclu. D'après Mathias Matallah (cabinet Jalma), « *La crainte d'un retour des questionnaires médicaux à l'adhésion relève d'un fantasme. Ce serait coûteux et complexe à mettre en œuvre sans que cela permette d'en tirer un profit économique* ».

Les hausses actuelles militent pour un développement des offres low cost. « *Il faudra bien réfléchir à paupériser notre offre* » (Pascal Beaubat, président du groupe Intérieure). Patrick Sagon évoque « *une réduction de la voilure sur l'optique* » pour freiner les comportements consuméristes et revenir à de l'assurance, c'est-à-dire couvrir des vrais risques.

Dans la même logique, l'article « *Est-il rentable de se passer de complémentaire santé ?* » (Le Figaro Économie du 24 décembre 2011) abonde dans le même sens, puisqu'il cite la garantie « hospitalisation » comme le seul cas où « *l'absence de couverture peut coûter cher* ».

Les OC et le secteur optionnel

A la rentrée 2011, l'annonce du doublement de la taxe sur les conventions d'assurance a conduit l'Union nationale des organismes d'Assurance Maladie complémentaire (UNOCAM) à déclarer que « *l'absence d'engagements concrets des pouvoirs publics dans la gestion du risque ne permet pas de réunir les conditions nécessaires à la mise en œuvre du secteur optionnel au 30 septembre 2011* », alors même que cette mise en place était pourtant expressément prévue dans la convention médicale signée le 26 juillet 2011.

« *Le secteur optionnel n'apporte en rien une amélioration dans l'accès aux soins* » a critiqué le président de la Mutualité.

En l'absence d'accord, le gouvernement avait annoncé qu'il mettrait en œuvre le secteur optionnel par le biais d'un amendement au projet de budget de la sécurité sociale.

Cette menace a été mise en exécution puisqu'un amendement prévoyant la création du secteur optionnel et son intégration dans les contrats responsables a été introduit par l'Assemblée nationale.

L'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit ainsi que, faute d'un accord conventionnel entre les complémentaires santé, l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins libéraux dans le mois suivant l'entrée en vigueur de la loi de financement de la Sécurité sociale, le gouvernement aura deux mois pour modifier par arrêté la convention médicale signée le 26 juillet 2011 en encadrant les dépassements d'honoraires pour trois spécialités (chirurgie, anesthésie et gynécologie-obstétrique) selon les modalités prévues par le protocole d'accord sur le secteur optionnel, en portant notamment à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires. Toutefois, à la différence du protocole d'accord 2009, cette nouvelle version du secteur optionnel ne serait ouverte qu'aux seuls médecins de secteur 2 et fermée aux praticiens titulaires de certains titres (anciens chefs de clinique) exerçant en secteur 1. Dans son exposé des motifs, l'amendement 770 précise que « *la présente disposition prévoit une prise en charge obligatoire des dépassements de l'option de coordination renforcée pour les trois spécialités dans les contrats responsables, à hauteur de 150 % du tarif remboursable. Les contrats responsables représentant 90% des contrats de complémentaire santé, la prise en charge des dépassements sera efficacement garantie par cette obligation* ».

Les modalités de fonctionnement des réseaux de soins remises en question

Le 23 juin 2011, la commission des Affaires sociales du Sénat avait supprimé l'article 22 de la proposition de Loi dite « Fourcade », qui permettait aux mutuelles de nouer des relations contractuelles avec des offreurs de soins, comme peuvent le faire les assureurs et les institutions de prévoyance. Le but était d'améliorer les prestations pour les adhérents s'inscrivant dans les réseaux de soins ainsi constitués. Cette mesure avait été prônée par la Cour des comptes dans son rapport 2010 sur la Sécurité sociale : « *Modifier le code de la mutualité pour rendre possible la différenciation des remboursements par les organismes complémentaires selon que les professionnels consultés font partie ou non des réseaux qu'ils promeuvent* ».

Pour la Cour, le développement des réseaux de soins constitue en effet la solution la plus réaliste pour faire baisser les prix des prestations.

Suite à la suppression de l'article 22, la mutualité a fait part de son plus vif mécontentement (AFIM du 27 juin et 8 juillet 2011). Les Sénateurs ont de surcroît voté « un article 22 bis » entravant la liberté de tous les organismes complémentaires à nouer des relations contractuelles avec des professionnels de santé (règles de conventionnement encadrées par un décret en Conseil d'État).

Si les députés ont finalement adopté en séance publique, l'article 22 de ce texte, ils ont voté un autre article 22 bis atténuant fortement la portée du conventionnement pour toutes les complémentaires santé. Ce texte modifié par un amendement gouvernemental, prévoit en effet que « *tout réseau de soins constitué par un OC à la date de promulgation de la Loi doit être ouvert à tout professionnel en faisant la demande, à condition qu'il respecte les conditions fixées par le gestionnaire du réseau* ».

Or la mutualité défend « *la constitution de réseaux de soins limités à un nombre de professionnels de santé* ». « *Ce numerus clausus serait déterminé de façon à assurer un bon maillage du territoire et un égal accès aux soins de tous ... elles [les mutuelles] négocient des tarifs maîtrisés avec les professionnels conventionnés en échange d'un flux significatif de patients recrutés parmi les adhérents* ». « *A l'inverse, une offre de santé excédentaire sur un territoire ne permet pas d'agir sur le coût des soins grâce à cet effet volume. C'est la raison pour laquelle les professionnels de santé, en particulier les opticiens, ont orchestré un lobbying effréné auprès des parlementaires* ».

L'AFIM cite un courrier du 6 juillet 2001 des Présidents de la FNMF, de la FFSA et du CTIP au gouvernement et qui l'alertait sur les fortes contraintes contenues dans l'article 22 bis.

De son côté, Christian Saout (Président du Collectif interassociatif sur la santé, Ciss), avait estimé que la mise en place de réseaux conventionnés représentait « *l'occasion de faire baisser les prix dans les domaines où ils ne sont pas du tout ou mal régulés, comme l'optique et le dentaire* » (AFIM du 1^{er} juillet 2011).

Début août, l'article en question parce qu'il n'a pas de lien « même indirect » avec la proposition de Loi « Fourcade » a été censuré par le Conseil Constitutionnel.

La presse spécialisée s'est largement fait l'écho au cours du mois de décembre 2011 de la situation de la MGEN au regard des réseaux qu'elle a mise en place (Les Echos du 16 décembre, La Tribune du 19 décembre, AFIM du 20 décembre ...).

« *La MGEN défend plus que jamais le droit de pratiquer des remboursements plus avantageux pour les sociétaires qui s'adressent à des professionnels de santé avec lesquels elle a passé des accords* ». Il s'agit d'un dispositif « gagnant-gagnant ». La mutuelle fait actuellement face à près de 20 assignations en justice depuis 2010 (15 en dentaire à l'initiative d'adhérents, 4 en optique initiées par des enseignes et des syndicats). Le dernier contentieux en date l'oppose à Alain Afflelou qui l'accuse de « *pratiques illicites* » et « *d'actes de concurrence déloyale* ». Malgré ces actions, « *la MGEN va poursuivre sa politique de conventionnement* », indique son Président Thierry Beaudet, qui envisage notamment de lancer un réseau conventionné d'audioprothésistes.

« *Vu le calendrier électoral, Thierry Beaudet ne table pas sur une modification rapide du Code de la mutualité, même s'il lui semble que « la partie est gagnée sur le plan politique* ». Il fonde beaucoup d'espoirs sur une décision attendue dans les 18 mois de la justice européenne.

Dans une affaire l'opposant à l'un de ses adhérents, un tribunal de Chartres vient en effet de saisir, à sa demande, la Cour de justice de l'Union européenne pour savoir si l'article L 112-1 du Code de la Mutualité est conforme aux règles communautaires. Il sera ainsi possible de vérifier si l'interdiction qu'impose cette disposition ne crée pas une distorsion de concurrence entre mutuelles et assureurs.

La fiscalité des OC et l'entrée progressive dans le droit commun

Dans le cadre d'un nouveau projet de loi de finances rectificatives pour 2011 voté le 6 décembre par les députés, l'Assemblée nationale a adopté un amendement gouvernemental qui étale sur 3 années l'entrée des mutuelles et des institutions de prévoyance dans le régime fiscal commun.

S'agissant de l'impôt sur les sociétés, la fiscalisation se ferait à hauteur de 40 % en 2012, 60 % en 2013 et 100 % en 2014. Pour la contribution économique territoriale, elle serait de 40 % en 2013, 60 % en 2014 et 100 % en 2015.

« *L'exonération des activités de santé ayant été rejetée par Bruxelles, c'est une montée par étapes qui a été choisie* » (L'Argus de l'assurance du 9 décembre 2011).

Grace à cette disposition, la France se mettrait en conformité avec le droit européen à l'issue de multiples rebondissements qu'a rappelés l'AFIM dans son édition du 12 décembre 2011.

On rappellera en effet que la loi de finance rectificative pour 2006 avait instauré un nouveau régime fiscal des mutuelles qui fondait les exonérations sur la nature des opérations et non plus sur celle de l'opérateur. Comme les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance devaient être soumises à l'impôt sur les sociétés et à la taxe professionnelle avec toutefois des exemptions liées à la nature des activités (contrats responsables, gestion de la CMU-C etc.). Or, l'année suivante, la Commission européenne avait ouvert une enquête pour vérifier la conformité des exemptions avec le droit européen.

« *L'enquête va durer plus de trois ans durant lesquels la Mutualité Française et les pouvoirs publics français vont plaider le bien fondé de ces aides d'Etat. Pendant ce temps là, les exonérations fiscales restent en vigueur ... Il faudra attendre janvier 2011 pour que la Commission européenne conclue à la non-conformité des aides fiscales aux contrats*

solidaires et responsables avec les règles du Traité européen ... Le consommateur européen n'est en effet que le bénéficiaire potentiel indirect des avantages fiscaux qui sont accordés directement aux organismes assureurs qui offrent des contrats solidaires et responsables ».

Le nouveau projet de texte ralentit fortement le délai de montée en charge de la mesure par rapport au texte de 2006 et devrait de ce fait limiter l'impact tarifaire de la fiscalité pour les organismes.

L'Argus de l'assurance du 9 décembre 2011, cite un communiqué de la FNMF qui « *prend acte avec satisfaction de la volonté du gouvernement de limiter les conséquences de la décision négative de la Commission européenne, qui a qualifié d'aides d'Etat les exonérations fiscales existantes pour les mutuelles* ». Le délégué général du Ctip, Jean-Louis Faure se félicite « *de la relation constructive engagée avec le gouvernement qui doit se poursuivre en 2012* ».

La situation et les perspectives dressées par l'UNOCAM à l'issue de l'année 2011

Espace Social européen, dans son numéro 996 (du 16 décembre 2011 au 5 janvier 2012), effectue un bilan d'étape sur l'UNOCAM et évoque les perspectives avec son Président, Fabrice Henry et son secrétaire général administratif, Eric Badonel.

« *L'union constitue un point d'entrée pour les pouvoirs publics* ». Elle est ainsi régulièrement consultée sur les textes.

« *Nous sommes encore dans une phase de construction. Le fonctionnement interne est satisfaisant, mais le positionnement sans doute moins. L'UNOCAM est souvent sollicitée quand les jeux sont faits* » d'où l'intérêt de préparer le plus en amont possible les dossiers en collaboration avec l'UNCAM.

« *L'UNOCAM a permis d'instituer un dialogue régulier, franc et ouvert entre les familles de complémentaires. Elle permet de cerner les questions qui peuvent être étudiées en commun et celles qui laissent un champ d'évolution au niveau de chaque fédération* ».

C'est à juste titre que Fabrice Henry rappelle le travail efficace qui a été conduit sur la lisibilité des contrats.

Les écarts de charges de gestion sont en fait essentiellement imputables :

- Aux frais d'acquisition, dont le poids apparaît sensiblement plus fort, pour les sociétés d'assurance et plus particulièrement pour leurs contrats « individuels » : 15,6 % contre respectivement 5,1 % et 4,5 % en moyenne sur les mutuelles et les IP au niveau de l'ensemble des contrats.
- Aux frais d'administration dont le poids apparaît plus élevé pour les mutuelles : 12,2 % contre 8,9 % pour les IP et 8,0 % pour les sociétés d'assurance.

Les députés ont voté une disposition imposant aux organismes complémentaires de communiquer « *annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion [...] en pourcentage des cotisations* » (Protection Sociale Informations du 2 novembre 2011).

Les avantages sociaux et fiscaux rattachés aux contrats collectifs dans la ligne de mire de la Cour des comptes

Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, la Cour des comptes a une nouvelle fois pointé du doigt les avantages « excessifs » dont bénéficient les contrats collectifs en santé dont le coût est évalué pour la collectivité à 4,3 milliards d'euros par la Cour. Elle émet deux recommandations sur ce thème :

« Réduire, voire supprimer dans le cadre d'une réforme globale du financement de l'Assurance Maladie, les exemptions de cotisations sociales très favorables dont bénéficient les contrats collectifs et à minima les moduler en fonction de critères d'éligibilité plus strictement définis, notamment en matière de contribution à une meilleure gestion du risque et de niveau de frais de gestion ».

« Améliorer la connaissance des contrats collectifs, notamment en ce qui concerne le montant des dépassements pris en compte et le nombre de ces contrats ne bénéficiant pas à la totalité des personnels des entreprises concernées. »

Pour l'Argus de l'assurance (édition du 20 mai 2011), les constats de la Cour se fondent en particulier sur :

« Les personnes défavorisées ne sont pas les premiers bénéficiaires des contrats collectifs. Il y a un certain effet d'aubaine pour les catégories sociales moyennes et supérieures ».

« L'exemption est trop large car certaines garanties des contrats santé, comme l'optique, ne relèvent pas vraiment de l'assurance [mais d'un achat anticipé de soins] ».

Face à la charge de la Cour, le CTIP réplique (lettre du CTIP n° 57 de novembre 2011) en avançant plusieurs arguments :

Les exonérations permettent le développement des contrats collectifs en entreprise et dans les branches qui assurent une mutualisation de risques entre tous les salariés et conduisent, grâce au pouvoir de négociation collectif de l'entreprise, à un prix inférieur de 25 % par rapport à une couverture individuelle.

Ils permettent une solidarité entre les actifs, les actifs et leur famille, les actifs et les chômeurs ainsi que les retraités.

Le contrat collectif n'est pas un outil réservé aux seules grandes entreprises et à leurs cadres car ils se développent réalité dans des branches telles que la coiffure, la jardinerie, la boulangerie artisanale où les salaires sont faibles.

« Si les hausses successives des prélèvements sur ces contrats amènent des entreprises à limiter leurs garanties ou à s'en désintéresser, les salariés jusque-là couverts seront obligés de se tourner vers les contrats individuels ou à ne pas se couvrir ».

ANNEXE 8 : LISTE DES 100 PREMIERS OC CLASSÉS PAR CHIFFRE D'AFFAIRES SANTÉ

Nature OC	Siren	Nom	CP	Assiette 2011 reconstituée (€) (*)	Nombre bénéficiaires moyen CMU-C 2011	Nombre bénéficiaires moyen ACS 2011
Mutuelle	775 685 399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	75015	1 337 665 710	9 913	2 880
Assurance	310 499 959	AXA France vie	92727	1 200 337 897	16 389	21 744
IP	784 621 468	BTP prévoyance - CNPBTP	75294	1 046 370 345	12 751	7 742
Assurance	322 215 021	SwissLife prévoyance et santé	75008	943 896 212	24 415	17 546
Mutuelle	442 224 671	Prévadiès	75015	943 496 954	63 178	30 359
Mutuelle	775 685 340	MG - Mutuelle générale	75634	739 182 655	8 212	7 883
IP	775 691 181	Malakoff Médéric prévoyance	75317	640 842 713	818	151
Mutuelle	500 751 789	Mutuelle Harmonie mutualité	75015	633 048 983	35 779	19 396
Mutuelle	503 380 081	Mutuelle UNEO	92120	564 027 396	1 269	454
Mutuelle	775 606 361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social	45213	552 090 156	6 113	2 253
IP	333 232 270	AG2R prévoyance	75680	544 691 225	0	201
Assurance	542 110 291	Allianz IARD	75113	538 215 334	18 796	15 520
IP	410 005 110	Novalis prévoyance	75495	506 762 035	0	0
Mutuelle	775 678 584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75311	454 431 850	6 678	3 524
Mutuelle	331 542 142	MAAF santé	79030	420 020 467	61 502	22 455
Assurance	352 406 748	Assurances du crédit mutuel - IARD SA	67906	404 189 765	14 784	8 321
Assurance	340 427 616	Groupama Gan Vie	92082	393 234 258	206	423
Assurance	440 048 882	MMA IARD	72030	392 949 269	13 145	10 049
Assurance	602 062 481	Generali vie	75009	374 275 420	0	0
Assurance	352 358 865	Pacifica - L'assurance Dommages au Crédit agricole	75015	371 275 498	15 542	13 426
IP	318 990 736	Uniprévoyance	94307	345 646 500	1	385
Mutuelle	775 659 907	Mutuelle mieux-être	75544	327 949 810	516	6 796

Nature OC	Siren	Nom	CP	Assiette 2011 restituée (€) (*)	Nombre bénéficiaires moyen CMU-C 2011	Nombre bénéficiaires moyen ACS 2011
Mutuelle	779 558 501	MACIF mutualité	79037	318 449 561	14 790	16 266
Assurance	412 367 724	Quatrem - Assurances collectives	75423	312 562 320	0	1 531
Mutuelle	775 627 391	Mutuelle Apreva	59306	286 835 501	8 806	9 277
IP	329 233 266	APRI prévoyance	41260	284 336 734	541	123
Mutuelle	784 718 256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	75317	272 415 784	528	699
Assurance	306 522 665	AVIVA assurances	92271	247 803 263	7 083	8 539
IP	304 217 904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	94684	247 030 519	254	119
Mutuelle	775 688 658	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire	75762	232 459 714	6 391	10 201
Mutuelle	382 565 745	Primamut	75680	228 777 226	0	1 797
IP	341 334 795	Réunica prévoyance	92599	213 769 135	206	26
Mutuelle	775 685 365	Mutuelle Intériale	31131	209 352 892	103	173
Assurance	552 062 663	Generali assurances IARD	75456	206 606 310	0	2 655
Assurance	340 234 962	Allianz Vie	75002	202 733 190	0	0
Mutuelle	434 243 085	Mutuelle Ociane	33054	201 001 771	12 953	8 836
Mutuelle	302 927 553	Mutuelle Micils	69300	192 799 552	1 719	1 138
Assurance	383 844 693	GROUPAMA Loire-Bretagne	35012	190 314 549	3 853	2 701
Assurance	353 457 245	AXA assurances vie mutuelles	75009	189 061 016	1 806	2 591
IP	321 862 500	APICIL prévoyance	69300	188 995 130	0	65
Mutuelle	499 982 098	MGEFI-Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	75019	174 167 548	139	193
IP	341 403 178	IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	75012	167 088 620	37	1
Mutuelle	784 669 954	Mutuelle SMI	75374	164 890 873	3 030	3 134
Assurance	391 851 557	GROUPAMA d'Oc	31131	158 531 025	3 734	3 724
Mutuelle	782 814 818	Mutuelle de France Sud	13010	154 538 966	3 874	9 531
Mutuelle	775 671 902	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	75096	152 540 638	167	398
Assurance	779 838 366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	69251	151 440 362	3 936	3 200

Nature OC	Siren	Nom	CP	Assiette 2011 restituée (€) (*)	Nombre bénéficiaires moyen CMU-C 2011	Nombre bénéficiaires moyen ACS 2011
Mutuelle	400 200 804	Eovi - Mutuelles Présence	42030	150 323 898	8 074	4 361
Assurance	542 063 797	GAN assurances IARD	75008	150 077 680	2 035	2 723
Mutuelle	775 671 894	MGP santé - Mutuelle générale de la police	94027	147 174 056	84	67
Mutuelle	775 671 910	MGET - Mutuelle Générale Environnement et Territoires	94274	145 137 171	339	349
Mutuelle	781 337 266	SMAM - Mutuelle des arts et métiers	17034	139 795 577	2 963	15 007
Assurance	382 285 260	GROUPAMA Paris-Val-de-Loire	45166	139 759 112	1 221	1 705
Mutuelle	776 950 669	OREADE PREVIFRANCE	47910	135 698 984	3 193	4 076
Mutuelle	324 310 614	Groupe SMISO Mutuelle des cadres	59024	132 699 638	2 078	4 510
Assurance	342 954 690	Legal and général - Risques divers	75009	131 929 217	0	3
Mutuelle	434 806 089	Eovi - Mutuelle Drôme ARPICA	26028	131 570 379	21 067	5 467
Mutuelle	784 442 915	Mutuelle familiale	75010	131 178 455	3 269	4 690
Mutuelle	442 574 166	UNPMF - Union nationale de prévoyance de la mutualité française - Mutex	75719	129 246 793	0	0
Assurance	379 906 753	GROUPAMA Grand-Est	67012	127 875 717	3 126	1 827
Mutuelle	775 671 993	Mutuelle bleue	77014	127 105 058	9 395	6 266
IP	384 268 413	Audiens prévoyance	92177	127 041 865	0	0
Mutuelle	423 406 339	Sphéria-Val-de-France	45025	117 542 667	6 521	2 937
IP	384 496 493	IPECA prévoyance	75740	116 595 632	4	9
Mutuelle	339 358 681	Radiance - SMAPRI - Mutuelle d'accueil et de prévoyance interprofessionnelle	41932	111 211 532	232	226
Mutuelle	419 049 499	MUTIEG - Mutuelle des industries électriques et gazières	75009	110 351 903	16	3
Mutuelle	775 678 550	MGC - Mutuelle générale des cheminots	75637	108 533 722	1 465	2 752
Mutuelle	776 531 667	Mutuelle Existence	69346	108 516 581	8 418	3 926
Assurance	381 043 686	GROUPAMA Centre-Atlantique	79044	106 438 917	1 897	1 985
Mutuelle	379 718 653	MNPAF - Mutuelle nationale des personnels Air-France	95725	105 269 257	31	36
Mutuelle	780 508 073	CCMO mutuelle - Caisse chirurgicale et médicale de l'Oise	60014	102 268 868	1 342	1 242
Mutuelle	340 359 900	Mutuelle Intégrance	75018	100 791 376	0	19 370

Nature OC	Siren	Nom	CP	Assiette 2011 reconstituée (€) (*)	Nombre bénéficiaires moyen CMU-C 2011	Nombre bénéficiaires moyen ACS 2011
Assurance	383 853 801	GROUPAMA Centre-Manche	72043	96 796 229	1 668	1 161
Mutuelle	311 799 878	Mutuelle ADREA	69003	96 688 143	3 663	2 002
Assurance	383 987 625	GROUPAMA Nord-Est	51686	94 462 673	1 602	1 316
Mutuelle	783 711 997	Mutuelle familiale Vauban Humanis	59024	94 106 396	1 224	1 908
IP	403 498 215	Vauban Humanis prévoyance	59024	92 149 263	22	4
Mutuelle	784 492 084	Groupe France mutuelle	75551	91 426 092	0	1 062
Assurance	410 241 657	Arial assurance	59896	88 483 497	0	9
Mutuelle	777 306 226	Mutuelle Santévie	31000	88 372 101	3 375	4 194
Mutuelle	379 655 541	Identités Mutuelle	75017	87 685 766	777	3 416
Mutuelle	781 166 293	SMATIS France - Solidarité mutualiste des travailleurs indépendants et salariés de France	16920	87 248 750	3 008	3 213
IP	775 666 357	IPSEC prévoyance	75848	86 273 585	5	2
Mutuelle	782 395 511	Les mutuelles du soleil	6005	82 833 707	0	4 895
Mutuelle	775 709 710	SMIP - Service mutualistes des individuels et des professionnels	79077	78 465 625	6 585	3 165
Assurance	341 737 062	CNP invalidité accident maladie	75716	77 131 345	0	0
Mutuelle	784 621 476	Mutuelle civile de la Défense	75739	76 391 124	280	58
IP	401 095 146	CAPAVES prévoyance	95842	74 205 565	284	649
IP	315 588 376	Arpège Prévoyance	68067	73 404 882	65	1
Mutuelle	414 261 032	MNAM - Mutuelle nationale aviation marine	75015	73 182 706	528	142
Mutuelle	775 641 681	Mut'Est	67082	71 827 123	937	277
Mutuelle	383 179 025	ADREA mutuelle Bourgogne	71010	70 318 002	4 100	1 820
Mutuelle	776 398 786	Miel mutuelle - Mutuelle interprofessionnelle économique ligérienne	42021	70 092 983	587	958
Mutuelle	775 657 521	Mutuelle du ministère de la justice	75001	69 368 826	100	93
Mutuelle	353 208 010	Prado mutuelle	13142	69 340 444	0	1 566
Mutuelle	382 968 865	Mutuelle Myriade	33079	68 947 225	3 026	2 286
Mutuelle	775 671 969	Mutuelle du personnel du groupe RATP	75582	68 581 602	165	49

Nature OC	Siren	Nom	CP	Assiette 2011 reconstituée (€) (*)	Nombre bénéficiaires moyen CMU-C 2011	Nombre bénéficiaires moyen ACS 2011
Mutuelle	784 227 894	Mutuelle complémentaire de la ville de Paris, de l'AP, des administrations annexes	75003	68 031 248	792	360
Mutuelle	401 285 309	Mutualia Grand Ouest	56000	67 696 242	2 655	1 990
Mutuelle	776 466 963	Mutuelle nationale des caisses d'épargne	51686	67 322 371	116	63

(*) (assiette taxe 2011) + (assiette contribution 2011)/1,059

ANNEXE 9 : ANNUAIRE STATISTIQUE



ANNUAIRE STATISTIQUE

1	CHIFFRES CLÉS	3
2	POINTS TECHNIQUES	5
3	EFFECTIFS CMU-C	7
4	DÉPENSE POUR LA PART CMU-C	13
5	EFFECTIFS CMU DE BASE	22
6	EFFECTIFS AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	23
7	ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION CMU	26
8	BUDGET DU FONDS CMU	29
9	MONTANTS DES PLAFONDS DE RESSOURCES ET DES MINIMA SOCIAUX	30
10	ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES	33

| Données effectifs et dépenses
Décembre 2011

| Mise à jour
10 avril 2012

| Évolutions législatives
Mars 2012

Contact annuaire statistique
Fonds CMU
01 58 10 11 90

| 1 CHIFFRES CLÉS

| 1.1 CMU-C

- Effectifs – tous régimes : 4 419 942, métropole et Dom, au 31/12/2011
- Effectifs – régime général : 3 998 395, métropole et Dom, au 31/12/2011
- Évolution effectifs tous régimes par rapport à fin décembre 2010 : + 2,2 %, métropole et Dom
- Dépense part CMU-C – régime général : 1,524 Md€¹, en trésorerie, ACM, métropole et Dom, au 31/12/2011
- Dépense par bénéficiaire – régime général : 444,73 €, en trésorerie, ACM, métropole et Dom, au 31/12/2011
- Dépense par bénéficiaire – régime général : 452,06 €, en trésorerie, ACM, métropole, au 31/12/2011
- Dépense de ville par bénéficiaire – régime général : 324,75 €, en trésorerie, ACM, métropole et Dom, au 31/12/2011
- Dépense de ville par bénéficiaire – régime général : 326,68 €, en trésorerie, ACM, métropole au 31/12/2011
- Évolution dépense de ville par bénéficiaire – régime général : + 2,9 %, en trésorerie, ACM, métropole, au 31/12/2011
- Dépense réelle (en date de soin) pour la part CMU-C par bénéficiaire fin 2010 – régime général : France entière : 429,75 € – Métropole : 437,63 €
- Estimation dépense réelle part CMU-C, pour l'ensemble des régimes et les OC : 1,723 Md€ en 2010
- Montant total versé aux régimes obligatoires et aux organismes complémentaires au titre de la CMU-C : 1,648 Md€ en 2011
- Montant reversement à la CNAMTS au titre de l'excédent 2011 : 129 M€, arrêté ministériel du 8 août 2011

| 1.2 CMU DE BASE

- Effectifs – régime général : 2 182 873, métropole et Dom, au 31/12/2011
- Évolution effectifs par rapport à fin décembre 2010 – régime général : – 0,6 %, métropole et Dom

| 1.3 AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

- Bénéficiaires d'attestations – Tous régimes : 763 079, cumul sur les 12 derniers mois au 31/12/2011
- Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation – Tous régimes : 619 957, au 30/11/2011

¹ Md€ : Milliard d'euros, M€ : Millions d'euros

| 1.4 PLAFONDS DE RESSOURCES

- Pour bénéficier de la CMU-C : jusqu'à 7 771 € par an, 648 € moyenne mensuelle, sur les 12 derniers mois, pour une personne seule, à compter du 01/07/2011, en métropole.
- Pour bénéficier de l'ACS : de plus de 7 771 € à 10 491 €, sur les 12 derniers mois, revenus mensuels moyens inclus dans une fourchette entre plus de 648 € et 874 €, soit jusqu'à 35 % au-dessus du plafond d'obtention de la CMU-C, en métropole (plafond applicable à compter du 01/01/2012).
- Pour bénéficier de la CMU de base sans participation : 9 164 € annuels, le montant pris en compte est le revenu fiscal de référence figurant sur le dernier avis d'imposition, montant applicable pour la période du 01/10/2011 au 30/09/2012.

| 2 POINTS TECHNIQUES

Estimations des effectifs

Pour les effectifs de la CNAMTS et du RSI, pour un mois M, on effectue une requête le 15 des mois M+2, M+3, M+4 et M+5. Les effectifs sont considérés comme définitifs à la dernière requête.

Exemple : Effectifs du mois de janvier. 1^{ère} requête effectuée le 15 mars, 2^{ème} le 15 avril, 3^{ème} le 15 mai, 4^{ème} le 15 juin. Les effectifs de janvier sont donc connus mais provisoires les 15 mars, 15 avril et 15 mai, et considérés comme définitifs avec la requête du 15 juin.

Les effectifs provisoires font l'objet d'une estimation. Les données brutes sont recalculées en y appliquant un coefficient établi à partir des moyennes, pour les 6 derniers mois, des décalages entre les données définitives et les données de la requête 1, 2 ou 3 selon le mois concerné.

Pour les effectifs de la CCMSA, on n'effectue que 3 requêtes.

Exemple : les effectifs de janvier sont définitifs avec la requête du 15 mai.

Les effectifs provisoires font l'objet d'une estimation calculée sur le même mode que pour la CNAMTS et le RSI.

Pour l'annuaire statistique, les chiffres au 31 décembre de l'année N-1 sont définitifs. Les chiffres publiés au cours de l'année N sont estimés. Ils évoluent à chaque publication.

Effectifs SLM et petits régimes

En juillet 2011, le Fonds CMU et la CNAMTS (DSES) ont retravaillé sur les décomptes des effectifs des SLM. Les organismes retardataires dans la transmission des données ont été sollicités. Ce travail a permis de réintégrer 9 500 bénéficiaires de la CMU-C, de distinguer la métropole et les Dom et de créer un nouvel outil de saisie au Fonds CMU. Les nouveaux modes de saisie et de décomptes ont été appliqués à compter du mois de janvier 2011.

Effectifs CMU-C – CCMSA

La CCMSA a mis en place un nouveau mode de décompte à partir du 1^{er} janvier 2010, ce mode englobe maintenant l'exhaustivité des bénéficiaires. Une réropolation a été effectuée fin juillet 2010 sur les exercices 2007, 2008, 2009.

Effectifs CMU-C – RSI

En janvier 2011, un abattement de -6,0% a été appliqué sur les effectifs du RSI, suite aux rapprochements avec les bases du RNIAM, pour les exercices 2007, 2008, 2009 et 2010. Il en découle que, par rapport aux séries antérieurement publiées, les effectifs sont inférieurs et les montants moyens pour la dépense sont supérieurs pour les quatre exercices concernés. L'abattement est susceptible d'être progressivement réduit à partir de 2011, au fur et à mesure de la résorption du décalage entre les bases du RSI et celle du RNIAM.

Le RSI transmet ses requêtes mensuelles avec des assurés bénéficiaires de la CMU-C qui ne sont rattachés à aucun département, et a fortiori aucune région. Ces assurés sont comptés dans les chiffres nationaux mais ne se retrouvent pas dans les données par départements ou région. D'où le léger décalage entre les chiffres globaux et le total des bénéficiaires par départements ou régions.

Dépense CMU-C – Différence entre dépense en trésorerie et dépense en droits constatés

En trésorerie, on retient la dépense réglée pour l'année n tant au titre de l'exercice qu'au titre des exercices antérieurs. Exemple : pour 2011, le montant de la dépense en trésorerie équivaut à la dépense « au titre de l'exercice » pour 2011 et « au titre de l'exercice antérieur » pour 2010.

En droits constatés, il faut attendre dans l'année n, les chiffres de l'année n-1 pour obtenir un coût définitif. Exemple : on connaît le montant de la dépense payée en 2011 « au titre de l'exercice » 2011, mais il faudra attendre le 31 décembre 2012 pour connaître le montant de la dépense payée en 2012 « au titre de l'exercice antérieur » à 2011.

Dépense CMU-C – Effectifs pris en compte pour le calcul du coût moyen

Le coût moyen se calcule en année complète mobile (ACM) pour l'exercice en cours, ou en année complète pour un exercice donné.

Pour la dépense, on reprend le total des 12 derniers mois glissants ou des 12 mois de l'année dans le cas d'un exercice complet.

Pour les effectifs, on calcule la moyenne des 12 derniers mois glissants, ou des 12 mois de l'exercice donné, pour les bénéficiaires de la CMU-C dont les droits sont gérés par le régime obligatoire concerné (CMU-C RO). Il est ainsi normal de constater, pour une date donnée, un décalage entre les effectifs CMU-C RO connus à échéance fixe et les effectifs moyens calculés sur les 12 mois qui précèdent cette échéance. Par ailleurs, le total des moyennes des effectifs de la métropole et des Dom peut différer de quelques unités par rapport à la moyenne métropole et Dom, compte tenu du fait que les chiffres sont présentés sans décimales.

Dépense CMU-C – Calcul du coût moyen CNAMTS

La CNAMTS gère la dépense pour le régime général et pour les SLM. Il n'est pas possible d'isoler la dépense propre à la CNAMTS. C'est pourquoi le coût moyen CNAMTS est, en fait, calculé en ajoutant les effectifs des bénéficiaires de la CNAMTS et des SLM dont les droits sont gérés par le régime obligatoire (CMU-C RO).

Dépense CMU-C – Calcul du coût moyen CCMSA

Les données pour les dépenses de la CCMSA dans les Dom sont insuffisamment fiables. En l'état actuel, le coût moyen dans les Dom ne dépasserait pas 100 €. Pour ce régime, il n'est pas envisageable de calculer une dépense moyenne « métropole et Dom », qui serait faussée par le faible montant des Dom. C'est pourquoi n'est publiée que la dépense moyenne « métropole ».

Assiette de la taxe/contribution CMU

Pour le 4^{ème} trimestre 2008 et le 1^{er} trimestre 2009, les chiffres sont bruts. Ils ne tiennent pas compte d'éventuels transferts d'opportunité à l'occasion du passage du taux de contribution de 2,50 % à 5,90 % en 2009.

Ces transferts ont été évalués à 327 millions :

Mutuelles : 4 millions ;

I. P. : 117 millions ;

Assurances : 206 millions.

Pour 2011, l'examen de l'assiette a été marqué par le contexte du passage de la contribution en taxe et de l'instauration de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) de 3,5 % sur les contrats responsables, qui sont intervenus à compter du 1^{er} janvier 2011. Le taux de la TSCA a par ailleurs été doublé à compter du 1^{er} octobre 2011.

Pour que l'évolution entre 2010 et 2011 puisse être interprétée et analysée de façon homogène, celle-ci est calculée à méthode de comptabilisation inchangée, c'est-à-dire hors taxe et hors contribution.

Évolutions législatives et réglementaires

Les évolutions mentionnées sont celles qui sont susceptibles d'impacter les dispositifs de la CMU-B, de la CMU-C et de l'ACS du point de vue des effectifs et de la dépense. Cette partie de l'annuaire statistique a pour but d'apporter un éclairage en ce sens, elle n'a pas vocation à réunir l'exhaustivité des textes réglementant les dispositifs.

| 3 EFFECTIFS CMU-C

| 3.1 TOTAL DES EFFECTIFS CMU-C

Au 31 décembre 2011

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2011 *				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 464 814	533 581	3 998 395	590 845
Régime social des indépendants	231 045	10 827	241 872	52 305
Régime agricole	97 362	11 516	108 878	20 620
Autres régimes et SLM	62 949	7 848	70 797	26 732
Total Décembre 2011	3 856 170	563 772	4 419 942	690 502

* Données estimées

Au 31 décembre 2010

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2010				
Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 399 679	540 446	3 940 125	570 499
Régime social des indépendants	202 253	9 842	212 095	45 344
Régime agricole	102 335	11 512	113 847	20 648
Autres régimes et SLM	60 512		60 512	16 563
Total Décembre 2010	3 764 779	561 800	4 326 579	653 054

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Tous_Regimes.xls

Objet : Rfces_CMU

Sources : tous régimes

| 3.2 ÉVOLUTIONS MENSUELLES DES EFFECTIFS CMU-C

De Janvier 2007 à Décembre 2011

Les données sont estimées pour novembre et décembre 2011.

Mois	CMUC_RO			CMUC_OC			Total CMUC	Taux croissance Mois M-1	Taux croissance Mois M-12
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total			
2007 janv	3 402 412	516 184	3 918 596	500 629	73 932	574 561	4 493 157	-0,33%	1,13%
2007 févr	3 408 528	516 857	3 925 385	502 553	72 591	575 144	4 500 529	0,16%	1,13%
2007 mars	3 414 631	516 280	3 930 911	503 106	72 020	575 126	4 506 037	0,12%	0,93%
2007 avr	3 417 128	518 602	3 935 730	501 727	71 210	572 937	4 508 667	0,06%	0,47%
2007 mai	3 414 791	520 856	3 935 647	501 601	70 299	571 900	4 507 547	-0,02%	0,27%
2007 juin	3 413 401	520 832	3 934 233	501 609	69 790	571 399	4 505 632	-0,04%	-0,02%
2007 juil	3 396 720	522 342	3 919 062	500 511	67 695	568 206	4 487 268	-0,41%	-0,11%
2007 août	3 388 490	524 158	3 912 648	500 265	67 066	567 331	4 479 979	-0,16%	-0,44%
2007 sept	3 377 693	523 453	3 901 146	498 896	66 146	565 042	4 466 188	-0,31%	-0,59%
2007 oct	3 350 994	522 827	3 873 821	496 680	64 986	561 666	4 435 486	-0,69%	-1,43%
2007 nov	3 312 924	523 715	3 836 639	494 018	64 159	558 177	4 394 815	-0,92%	-2,42%
2007 déc	3 314 495	523 349	3 837 844	492 500	63 554	556 054	4 393 897	-0,02%	-2,54%

Mois	CMUC_RO			CMUC_OC			Total CMUC	Taux croissance Moins M-1	Taux croissance Moins M-12
	Métropole	DOM	Total	Métropole	DOM	Total			
2008 janv	3 293 228	520 350	3 813 578	488 949	64 191	553 140	4 366 717	-0,62%	-2,81%
2008 févr	3 280 817	518 699	3 799 516	487 755	64 826	552 581	4 352 096	-0,33%	-3,30%
2008 mars	3 264 799	516 968	3 781 767	487 962	64 733	552 695	4 334 461	-0,41%	-3,81%
2008 avr	3 255 435	515 682	3 771 117	487 657	64 816	552 473	4 323 589	-0,25%	-4,10%
2008 mai	3 245 766	514 313	3 760 079	488 516	65 125	553 641	4 313 719	-0,23%	-4,30%
2008 juin	3 231 703	511 896	3 743 599	488 192	65 554	553 746	4 297 344	-0,38%	-4,62%
2008 juil	3 200 057	509 100	3 709 157	487 861	65 382	553 243	4 262 399	-0,81%	-5,01%
2008 août	3 178 451	505 831	3 684 282	488 829	65 348	554 177	4 238 458	-0,56%	-5,39%
2008 sept	3 167 256	503 997	3 671 253	490 083	65 165	555 248	4 226 500	-0,28%	-5,37%
2008 oct	3 149 341	501 024	3 650 365	494 179	64 910	559 089	4 209 453	-0,40%	-5,10%
2008 nov	3 130 855	497 971	3 628 826	496 140	63 896	560 036	4 188 861	-0,49%	-4,69%
2008 déc	3 123 645	498 916	3 622 561	499 266	65 039	564 305	4 186 865	-0,05%	-4,71%
2009 janv	3 116 827	501 079	3 617 906	502 513	65 534	568 047	4 186 953	0,00%	-4,12%
2009 févr	3 121 448	510 253	3 631 701	506 737	70 208	576 945	4 208 646	0,52%	-3,30%
2009 mars	3 127 741	513 955	3 641 696	513 046	70 718	583 764	4 225 460	0,40%	-2,51%
2009 avr	3 138 682	516 070	3 654 752	519 569	70 740	590 309	4 245 061	0,46%	-1,82%
2009 mai	3 145 018	515 824	3 660 842	524 127	69 765	593 892	4 254 733	0,23%	-1,37%
2009 juin	3 149 395	513 123	3 662 518	528 435	69 445	597 880	4 260 397	0,13%	-0,86%
2009 juil	3 135 940	510 679	3 646 619	532 328	69 144	601 472	4 248 091	-0,29%	-0,34%
2009 août	3 125 518	508 539	3 634 057	533 083	69 207	602 290	4 236 347	-0,28%	-0,05%
2009 sept	3 119 857	507 766	3 627 623	534 209	69 160	603 369	4 230 992	-0,13%	0,11%
2009 oct	3 085 972	501 890	3 587 862	532 326	68 587	600 913	4 188 774	-1,00%	-0,49%
2009 nov	3 078 677	500 285	3 578 962	534 129	68 597	602 726	4 181 688	-0,17%	-0,17%
2009 déc	3 076 085	497 657	3 573 742	538 000	67 574	605 574	4 179 316	-0,06%	-0,18%
2010 janv	3 066 810	497 172	3 563 982	540 984	67 011	607 995	4 171 977	-0,18%	-0,36%
2010 févr	3 076 330	497 184	3 573 514	546 603	66 139	612 742	4 186 255	0,34%	-0,53%
2010 mars	3 094 611	500 310	3 594 921	552 028	66 256	618 284	4 213 205	0,64%	-0,29%
2010 avr	3 113 149	503 963	3 617 112	558 052	67 135	625 187	4 242 299	0,69%	-0,07%
2010 mai	3 126 662	504 139	3 630 801	562 120	67 320	629 440	4 260 241	0,42%	0,13%
2010 juin	3 137 852	504 048	3 641 900	566 490	67 330	633 820	4 275 720	0,36%	0,36%
2010 juil	3 140 361	501 142	3 641 503	569 856	67 429	637 285	4 278 788	0,07%	0,72%
2010 août	3 153 044	498 810	3 651 854	573 416	67 399	640 815	4 292 669	0,32%	1,33%
2010 sept	3 170 129	497 788	3 667 917	578 665	68 088	646 753	4 314 670	0,51%	1,96%
2010 oct	3 163 671	495 744	3 659 415	578 855	67 750	646 605	4 306 020	-0,20%	2,80%
2010 nov	3 166 457	496 370	3 662 827	581 961	67 266	649 227	4 312 054	0,14%	3,12%
2010 déc	3 178 026	495 499	3 673 525	586 753	66 301	653 054	4 326 579	0,34%	3,52%
2011 janv	3 156 305	503 160	3 659 465	595 185	66 540	661 725	4 321 190	-0,12%	3,56%
2011 févr	3 169 449	503 103	3 672 552	599 820	66 046	665 866	4 338 418	0,40%	3,63%
2011 mars	3 179 717	504 024	3 683 741	602 773	65 949	668 722	4 352 463	0,32%	3,31%
2011 avr	3 189 679	501 631	3 691 310	606 510	65 699	672 209	4 363 519	0,25%	2,86%
2011 mai	3 208 127	502 174	3 710 301	609 935	65 943	675 878	4 386 179	0,52%	2,96%
2011 juin	3 223 030	504 651	3 727 681	615 396	66 534	681 930	4 409 611	0,53%	3,13%
2011 juil	3 214 862	502 819	3 717 681	615 991	66 207	682 198	4 399 879	-0,22%	2,83%
2011 août	3 219 738	505 521	3 725 259	617 880	65 769	683 649	4 408 908	0,21%	2,71%
2011 sept	3 225 469	507 430	3 732 899	618 490	65 288	683 738	4 416 637	0,18%	2,36%
2011 oct	3 215 350	503 099	3 718 449	618 536	64 366	682 902	4 401 351	-0,36%	2,21%
2011 nov	3 221 972	501 600	3 723 572	621 599	64 558	686 117	4 409 689	0,19%	2,26%
2011 déc	3 230 145	499 295	3 729 440	626 025	64 477	690 502	4 419 942	0,23%	2,16%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Tous_Regimes.xls

Origine : Historique_Mensuel

Sources : tous régimes

3.3 ÉVOLUTIONS DES MOYENNES ANNUELLES DES EFFECTIFS

De 2007 à 2011

Le taux de croissance de l'effectif moyen entre 2010 et 2011 est de 2,83 %, alors que la progression de décembre 2010 à décembre 2011 n'est que de 2,16 %. En effet, en 2011, la croissance se concentre de février à juin et se ralentit au deuxième semestre.

Année	Moyenne	Taux croissance N-1
Données connues		
2007	4 473 266	
2008	4 275 039	-4,43%
2009	4 220 538	-1,27%
2010	4 265 040	1,05%
2011	4 385 649	2,83%

G:\Statistiques
CMU\TABLEAUX_BORDI\INDICATEURS_TABL
EAUX\Suivi_Effectifs_Tous_Regimes.xls
Onglet : Historique_Mensuel
Sources : tous régimes

3.4 EFFECTIFS CMU-C PAR RÉGIONS

CNAMTS, RSI, CCMSA

Décembre 2011

Les effectifs par régions ne comprennent pas les effectifs des petits régimes et des SLM. Pour ces organismes les données ne sont retenues qu'avec la seule distinction métropole et Dom, certains régimes ne pouvant pas les transmettre de manière plus détaillée.

Région	Effectifs CMUC	Population	CMUC / Po pulation	Répartition CMUC	Répartition Population	Pourcent RO	Pourcent OC
Île-de-France	714 693	11 802 493	6,1%	16,4%	18,0%	93,0%	7,0%
Champagne-Ardenne	94 327	1 376 064	6,9%	2,2%	2,1%	87,1%	12,9%
Picardie	128 411	1 953 654	6,6%	3,0%	3,0%	89,5%	10,5%
Haute-Normandie	121 106	1 866 828	6,5%	2,8%	2,9%	78,5%	21,5%
Centre	140 252	2 602 432	5,4%	3,2%	4,0%	75,5%	24,5%
Basse-Normandie	75 587	1 511 388	5,0%	1,7%	2,3%	66,6%	33,4%
Bourgogne	82 808	1 690 421	4,9%	1,9%	2,6%	72,8%	27,2%
Nord-Pas-de-Calais	407 805	4 093 568	10,0%	9,4%	6,3%	89,1%	10,9%
Lorraine	132 088	2 400 857	5,5%	3,0%	3,7%	81,1%	18,9%
Alsace	86 903	1 869 627	4,6%	2,0%	2,9%	90,7%	9,3%
Franche-Comté	60 962	1 200 269	5,1%	1,4%	1,8%	72,3%	27,7%
Pays-de-la-Loire	157 635	3 612 856	4,4%	3,6%	5,5%	70,6%	29,4%
Bretagne	118 314	3 249 767	3,6%	2,7%	5,0%	64,5%	35,5%
Poitou-Charentes	97 654	1 806 432	5,4%	2,2%	2,8%	78,4%	21,6%
Aquitaine	171 204	3 264 490	5,2%	3,9%	5,0%	81,8%	18,2%
Midi-Pyrénées	171 871	2 918 383	5,9%	4,0%	4,5%	85,2%	14,8%
Limousin	41 739	762 753	5,5%	1,0%	1,2%	84,3%	15,7%
Rhône-Alpes	293 385	6 267 485	4,7%	6,7%	9,6%	72,6%	27,4%
Auvergne	66 280	1 383 828	4,8%	1,5%	2,1%	76,9%	23,1%
Languedoc-Roussillon	247 746	2 637 077	9,4%	5,7%	4,0%	87,9%	12,1%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	369 971	4 964 834	7,5%	8,5%	7,6%	94,0%	6,0%
Corse	12 344	308 112	4,0%	0,3%	0,5%	89,6%	10,4%
Départements d'Outre-Mer	555 924	1 850 273	30,0%	12,8%	2,8%	88,6%	11,4%
Métropole	3 793 085	63 543 618	6,0%	87,2%	97,2%	84,2%	15,8%
France entière	4 349 009	65 393 891	6,7%	100,0%	100,0%	84,7%	15,3%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORDI\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Departements_Regions.xls
Onglet : Indicateurs_Regions
Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA

| 3.5 EFFECTIFS CMU-C PAR DÉPARTEMENT

CNAMTS, RSI, CCMSA

Décembre 2011

Num Dpt	Département	CMU-C RO	CMU-C OC	Total CMU-C	Population	CMU-C / Population
01	Ain	10 315	7 686	18 001	598 323	3,0%
02	Aisne	36 120	5 823	41 943	553 555	7,6%
03	Allier	18 002	2 692	20 694	353 315	5,9%
04	Alpes-de-Haute-Provence	6 839	1 283	8 122	162 911	5,0%
05	Hautes-Alpes	3 760	808	4 568	139 497	3,3%
06	Alpes-Maritimes	48 862	2 630	51 492	1 099 416	4,7%
07	Ardèche	9 100	7 062	16 162	321 453	5,0%
08	Ardennes	23 491	3 361	26 852	292 722	9,2%
09	Ariège	9 866	2 028	11 894	155 530	7,6%
10	Aube	20 217	2 399	22 616	309 689	7,3%
11	Aude	29 411	4 184	33 595	358 293	9,4%
12	Aveyron	7 998	2 088	10 086	287 535	3,5%
13	Bouches-du-Rhône	195 080	4 888	199 968	1 992 855	10,0%
14	Calvados	21 323	15 354	36 677	694 156	5,3%
15	Cantal	4 502	943	5 445	154 824	3,5%
16	Charente	18 932	3 703	22 635	364 247	6,2%
17	Charente-Maritime	25 915	7 390	33 305	629 612	5,3%
18	Cher	17 517	3 137	20 654	321 810	6,4%
19	Corrèze	7 667	1 056	8 723	251 503	3,5%
201	Corse-du-Sud	4 575	736	5 311	143 386	3,7%
202	Haute-Corse	6 491	542	7 033	164 726	4,3%
21	Côte-d'Or	17 021	7 290	24 311	535 391	4,5%
22	Côtes-d'Armor	13 122	8 972	22 094	602 478	3,7%
23	Creuse	5 972	1 678	7 650	128 799	5,9%
24	Dordogne	19 518	3 667	23 185	421 941	5,5%
25	Doubs	21 039	7 606	28 645	537 560	5,3%
26	Drôme	11 176	17 620	28 796	492 508	5,8%
27	Eure	26 011	4 041	30 052	593 037	5,1%
28	Eure-et-Loir	16 438	5 707	22 145	435 045	5,1%
29	Finistère	19 276	12 887	32 163	921 568	3,5%
30	Gard	64 693	6 613	71 306	709 776	10,0%
31	Haute-Garonne	66 682	10 576	77 258	1 239 903	6,2%
32	Gers	8 003	1 253	9 256	192 561	4,8%
33	Gironde	64 270	14 735	79 005	1 450 039	5,4%
34	Hérault	78 204	15 015	93 219	1 037 686	9,0%
35	Ille-et-Vilaine	29 056	10 239	39 295	992 575	4,0%
36	Indre	10 267	1 997	12 264	239 332	5,1%
37	Indre-et-Loire	19 876	8 227	28 103	600 106	4,7%
38	Isère	40 562	10 152	50 714	1 214 776	4,2%
39	Jura	7 522	2 824	10 346	271 220	3,8%
40	Landes	13 717	3 783	17 500	386 160	4,5%
41	Loir-et-Cher	10 445	6 746	17 191	337 226	5,1%
42	Loire	27 635	14 471	42 106	759 948	5,5%
43	Haute-Loire	3 947	3 311	7 258	229 966	3,2%
44	Loire-Atlantique	38 513	18 593	57 106	1 290 533	4,4%
45	Loiret	31 298	8 597	39 895	668 913	6,0%
46	Lot	7 114	1 324	8 438	179 416	4,7%
47	Lot-et-Garonne	19 385	2 105	21 490	337 883	6,4%
48	Lozère	2 939	486	3 425	81 083	4,2%
49	Maine-et-Loire	27 832	9 306	37 138	798 434	4,7%
50	Manche	15 541	6 399	21 940	515 207	4,3%
51	Marne	29 718	4 185	33 903	580 265	5,8%
52	Haute-Marne	8 703	2 253	10 956	193 388	5,7%
53	Mayenne	8 172	3 672	11 844	312 975	3,8%
54	Meurthe-et-Moselle	37 513	9 203	46 716	742 904	6,3%
55	Meuse	8 031	3 412	11 443	200 437	5,7%
56	Morbihan	14 901	9 861	24 762	733 146	3,4%
57	Moselle	45 889	5 008	50 897	1 063 760	4,8%

Num Dpt	Département	CMU-C RO	CMU-C OC	Total CMU-C	Population	CMU-C / Population
58	Nièvre	9 360	3 646	13 006	228 184	5,7%
59	Nord	232 756	28 177	260 933	2 606 369	10,0%
60	Oise	38 020	4 522	42 542	819 190	5,2%
61	Orne	13 485	3 485	16 970	302 025	5,6%
62	Pas-de-Calais	130 597	16 275	146 872	1 487 199	9,9%
63	Puy-de-Dôme	24 514	8 369	32 883	645 723	5,1%
64	Pyrénées-Atlantiques	23 185	6 839	30 024	668 467	4,5%
65	Hautes-Pyrénées	11 074	1 912	12 986	237 490	5,5%
66	Pyrénées-Orientales	42 522	3 679	46 201	450 239	10,3%
67	Bas-Rhin	46 040	4 572	50 612	1 109 002	4,6%
68	Haut-Rhin	32 818	3 473	36 291	760 625	4,8%
69	Rhône	92 166	13 833	105 999	1 720 308	6,2%
70	Haute-Saône	9 015	2 398	11 413	246 129	4,6%
71	Saône-et-Loire	19 495	6 927	26 422	573 235	4,6%
72	Sarthe	24 710	7 633	32 343	574 691	5,6%
73	Savoie	8 038	4 807	12 845	422 149	3,0%
74	Haute-Savoie	14 077	4 685	18 762	738 020	2,5%
75	Paris	132 212	7 782	139 994	2 233 818	6,3%
76	Seine-Maritime	69 081	21 973	91 054	1 273 791	7,1%
77	Seine-et-Marne	45 160	12 075	57 235	1 325 235	4,3%
78	Yvelines	44 945	8 258	53 203	1 432 114	3,7%
79	Deux-Sèvres	10 644	5 121	15 765	376 686	4,2%
80	Somme	40 805	3 121	43 926	580 909	7,6%
81	Tarn	20 669	3 395	24 064	383 585	6,3%
82	Tarn-et-Garonne	15 106	2 783	17 889	242 363	7,4%
83	Var	54 699	8 464	63 163	1 018 976	6,2%
84	Vaucluse	38 399	4 259	42 658	551 179	7,7%
85	Vendée	12 038	7 166	19 204	636 223	3,0%
86	Vienne	21 031	4 918	25 949	435 887	6,0%
87	Haute-Vienne	21 533	3 833	25 366	382 451	6,6%
88	Vosges	15 755	7 277	23 032	393 756	5,8%
89	Yonne	14 373	4 696	19 069	353 611	5,4%
90	Territoire-de-Belfort	6 493	4 065	10 558	145 360	7,3%
91	Essonne	55 528	1 751	57 279	1 221 722	4,7%
92	Hauts-de-Seine	62 178	3 635	65 813	1 566 668	4,2%
93	Seine-Saint-Denis	173 903	9 210	183 113	1 518 225	12,1%
94	Val-de-Marne	75 829	5 629	81 458	1 323 389	6,2%
95	Val-d'Oise	74 606	1 992	76 598	1 181 322	6,5%
971	Guadeloupe	51 321	44 476	95 797	408 299	23,5%
972	Martinique	76 209	18 817	95 026	403 795	23,5%
973	Guyane	72 934	131	73 065	221 178	33,0%
974	La-Réunion	291 962	74	292 036	817 001	35,7%
	Total métropole	3 192 843	600 242	3 793 085	63 543 618	6,0%
	Total Dom	492 426	63 498	555 924	1 850 273	30,0%
	Total métropole et Dom	3 685 269	663 740	4 349 009	65 393 891	6,7%

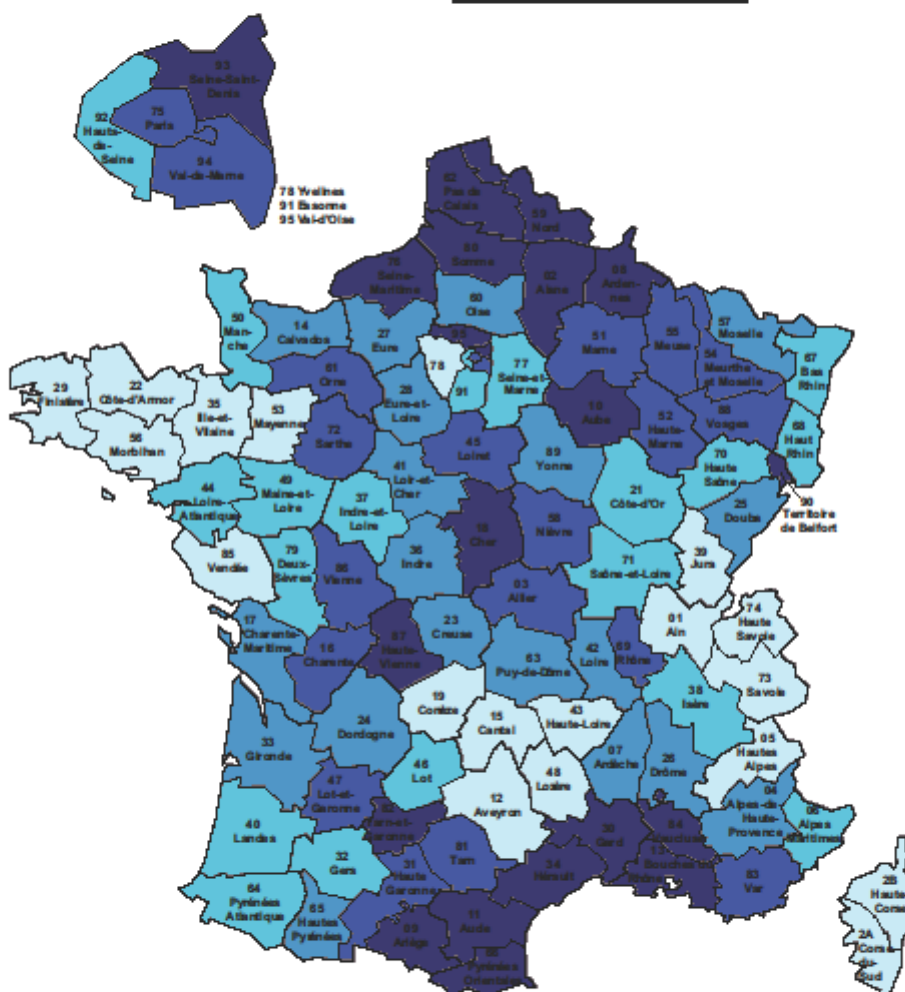
G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX1\Suivi_Effectifs_Departements_Regions.xls

Onglet : Indicateurs

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE

Figure 1 – Proportion des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population totale, par département (métropole), CNAMTS, RSI, CCMSA, à décembre 2011

Couleur	Pourcentage population	Nombre	Effectifs	Pourcent Effectifs
>= 12,1%	6,4%	<= 20	1 467 215	38,7%
>= 6,4%	5,7%	< 6,4%	798 101	21,0%
>= 5,7%	4,8%	< 5,7%	514 908	13,6%
>= 4,8%	4,2%	< 4,8%	642 472	16,9%
>= 4,2%	2,5%	< 4,2%	370 389	9,8%
		96	3 793 085	100,0%



G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX1_Sum_Effectifs_Departements.xls

Onglet : Répartition_Dpts

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE

Outil carte : Phlcarto

4 DÉPENSE POUR LA PART CMU-C

4.1 DÉPENSE EN TRÉSORERIE – ACM

CNAMTS (SLM inclus)

Décembre 2011

Métropole et Dom

Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu	Exercice			
décembre 2011	Métropole_et_Dom	Exercice_et_Antérieur			
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM	3 427 785	Indice ACM	1,9%	
	Total 12 derniers mois	Indices ACM	Coût Unitaire Annuel		
			Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
Total	1 524 442 633,77 €	5,3%	444,73 €	100,0%	3,3%
Ville	1 113 161 491,26 €	4,9%	324,75 €	73,0%	2,9%
Hôpital	411 281 142,51 €	6,4%	119,98 €	27,0%	4,4%

Métropole

Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu	Exercice			
décembre 2011	Métropole	Exercice_et_Antérieur			
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM	2 948 587	Indice ACM	2,2%	
	Total 12 derniers mois	Indices ACM	Coût Unitaire Annuel		
			Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
Total	1 332 926 557,44 €	5,4%	452,06 €	100,0%	3,1%
Ville	963 250 996,08 €	5,1%	326,68 €	72,3%	2,9%
Hôpital	369 675 561,36 €	5,9%	125,37 €	27,7%	3,6%

CNAMTS (SLM inclus)

Décembre 2010

Métropole et Dom

Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu	Exercice			
décembre 2010	Métropole_et_Dom	Exercice_et_Antérieur			
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM	3 363 069	Indice ACM	0,1%	
	Total 12 derniers mois	Indices ACM	Coût Unitaire Annuel		
			Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
Total	1 447 922 790,80 €	3,4%	430,54 €	100,0%	3,3%
Ville	1 061 242 589,19 €	2,5%	315,56 €	73,3%	2,4%
Hôpital	386 680 201,61 €	6,0%	114,98 €	26,7%	5,9%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX_Suivi_Depenses_ACM_Indicateurs.xls
Onglet : Presentation_002 – Sources : CNAMTS et SLM

Métropole

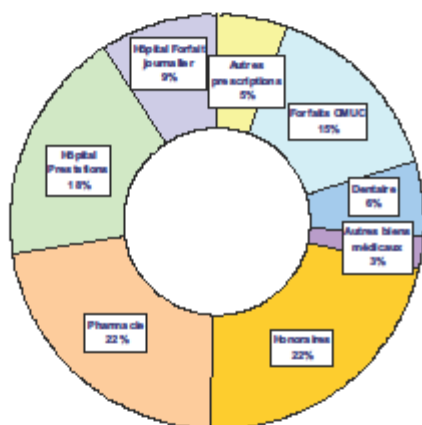
Régime	CNAMTS				
Mois	Lieu		Exercice		
décembre 2010	Métropole		Exercice_et_Antérieur		
Bénéficiaires CMUC	Effectif Moyen CMU-C RO ACM – CNAMTS + SLM		2 884 334	Indice ACM	0,5%
	Total		Coût Unitaire Annuel		
	12 derniers mois	Indices ACM	Montant	% Coût Unitaire Annuel	Évolution
Total	1 265 210 603,81 €	3,6%	438,65 €	100,0%	3,2%
Ville	916 126 756,86 €	2,7%	317,62 €	72,4%	2,3%
Hôpital	349 083 846,95 €	6,1%	121,03 €	27,6%	5,6%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_ACM_Indicateurs.xls

Onglet : Présentation_002

Sources : CNAMTS et SLM

Figure 2 – Répartition par postes de dépenses en trésorerie, CNAMTS, à décembre 2010



G:\Statistiques
CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi
_Depenses_ACM_Indicateurs.xls

Présentation_001

Sources : CNAMTS et SLM – Répartition par postes de
dépenses – Modèle Comptes nationaux de la santé DREES

4.2 ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE TRÉSORERIE – ACM

CNAMTS et SLM – Métropole et Dom

Décembre 2011

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2007 déc	3 627 130	-0,1%	1 471 876 853,01 €	8,0%	405,80 €	8,2%
2008 déc	3 441 547	-5,1%	1 409 727 258,91 €	-4,2%	409,62 €	0,9%
2009 déc	3 358 181	-2,4%	1 399 942 525,09 €	-0,7%	416,88 €	1,8%
2010 déc	3 363 069	0,1%	1 447 922 790,80 €	3,4%	430,54 €	3,3%
2011 déc	3 427 785	1,9%	1 524 442 633,77 €	5,3%	444,73 €	3,3%
2010						
2010 janv	3 354 056	-2,1%	1 400 022 038,48 €	0,0%	417,41 €	2,2%
2010 févr	3 349 367	-1,9%	1 401 748 390,80 €	0,8%	418,51 €	2,7%
2010 mars	3 345 432	-1,7%	1 412 998 291,45 €	1,0%	422,37 €	2,8%
2010 avr	3 342 467	-1,5%	1 414 146 767,24 €	1,3%	423,08 €	2,9%
2010 mai	3 340 035	-1,4%	1 420 868 992,87 €	2,1%	425,41 €	3,5%
2010 juin	3 338 299	-1,2%	1 426 709 552,86 €	2,2%	427,38 €	3,4%
2010 jull	3 337 789	-1,1%	1 422 946 590,96 €	2,1%	426,31 €	3,3%
2010 août	3 339 077	-1,0%	1 430 508 160,79 €	2,2%	428,41 €	3,2%
2010 sept	3 342 084	-0,8%	1 433 332 965,82 €	2,4%	428,87 €	3,2%
2010 oct	3 347 973	-0,5%	1 430 250 044,40 €	2,4%	427,20 €	2,9%
2010 nov	3 354 876	-0,2%	1 437 010 294,94 €	2,2%	428,33 €	2,4%
2010 déc	3 363 069	0,1%	1 447 922 790,80 €	3,4%	430,54 €	3,3%
2011 janv	3 370 505	0,5%	1 454 985 913,05 €	3,9%	431,68 €	3,4%
2011 févr	3 378 152	0,9%	1 466 960 352,71 €	4,7%	434,25 €	3,8%
2011 mars	3 385 031	1,2%	1 474 674 583,68 €	4,4%	435,65 €	3,1%
2011 avr	3 390 617	1,4%	1 474 957 503,64 €	4,3%	435,01 €	2,8%
2011 mai	3 396 571	1,7%	1 495 737 415,26 €	5,3%	440,37 €	3,5%
2011 juin	3 402 799	1,9%	1 486 892 825,05 €	4,2%	436,96 €	2,2%
2011 jull	3 408 190	2,1%	1 488 355 813,35 €	4,6%	436,70 €	2,4%
2011 août	3 413 235	2,2%	1 496 563 252,88 €	4,6%	438,46 €	2,3%
2011 sept	3 417 475	2,3%	1 504 138 489,47 €	4,9%	440,13 €	2,6%
2011 oct	3 421 032	2,2%	1 513 237 518,62 €	5,8%	442,33 €	3,5%
2011 nov	3 424 638	2,1%	1 519 373 697,27 €	5,7%	443,66 €	3,6%
2011 déc	3 427 785	1,9%	1 524 442 633,77 €	5,3%	444,73 €	3,3%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_ACM_Tableaux.xls

Onglet : Présentation_004

Sources : CNAMTS et SLM

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2007 déc	142 326	4,1%	48 152 181,99 €	15,1%	338,32 €	10,5%
2008 déc	147 731	3,8%	49 854 965,51 €	3,5%	337,47 €	-0,3%
2009 déc	147 823	0,1%	49 581 096,87 €	-0,5%	335,41 €	-0,6%
2010 déc	180 018	8,2%	49 621 555,31 €	0,1%	310,10 €	-7,5%
2011 déc	177 420	10,9%	57 372 645,61 €	15,6%	323,37 €	4,3%
2010						
2010 janv	148 282	0,4%	49 282 037,62 €	-0,7%	332,35 €	-1,1%
2010 févr	148 864	0,7%	49 226 967,95 €	-0,5%	330,68 €	-1,2%
2010 mars	149 566	1,2%	49 219 039,75 €	-1,6%	329,08 €	-2,8%
2010 avr	150 339	1,8%	49 127 354,03 €	-1,1%	326,78 €	-2,8%
2010 mai	151 280	2,4%	49 270 717,62 €	-0,8%	325,69 €	-2,9%
2010 juin	152 327	3,2%	49 296 008,87 €	-0,5%	323,62 €	-3,5%
2010 juil	153 504	4,0%	49 043 453,33 €	-0,9%	319,49 €	-4,7%
2010 août	154 836	5,0%	49 162 116,80 €	-1,3%	317,51 €	-6,0%
2010 sept	156 350	6,2%	49 167 487,77 €	-1,0%	314,47 €	-6,8%
2010 oct	157 588	7,0%	48 987 893,08 €	-0,9%	310,86 €	-7,3%
2010 nov	158 806	7,6%	49 233 188,57 €	-1,0%	310,02 €	-8,0%
2010 déc	180 018	8,2%	49 621 555,31 €	0,1%	310,10 €	-7,5%
2011						
2011 janv	161 292	8,8%	50 178 753,33 €	1,8%	311,11 €	-6,4%
2011 févr	162 619	9,2%	50 682 002,02 €	3,0%	311,66 €	-5,8%
2011 mars	163 815	9,5%	51 013 375,50 €	3,6%	311,41 €	-5,4%
2011 avr	165 048	9,8%	51 069 929,81 €	4,0%	309,42 €	-5,3%
2011 mai	166 301	9,9%	52 570 666,78 €	6,7%	316,12 €	-2,9%
2011 juin	167 733	10,1%	53 002 040,48 €	7,5%	315,99 €	-2,4%
2011 juil	169 153	10,2%	53 469 914,18 €	9,0%	316,10 €	-1,1%
2011 août	170 612	10,2%	54 343 287,60 €	10,5%	318,52 €	0,3%
2011 sept	172 123	10,1%	55 252 596,93 €	12,4%	321,01 €	2,1%
2011 oct	173 747	10,3%	56 197 073,65 €	14,7%	323,44 €	4,0%
2011 nov	175 519	10,5%	56 724 376,80 €	15,2%	323,18 €	4,2%
2011 déc	177 420	10,9%	57 372 645,61 €	15,6%	323,37 €	4,3%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_ACM_Tableaux.xls

Objet : Présentation_004

Source : RSI

CCMSA – Métropole

Décembre 2011

Mois	Effectifs	Effectifs Indice ACM	Dépense totale ACM	Dépense totale Indice ACM	Dépense par bénéficiaire ACM	Dépense par bénéficiaire Indice ACM
2007 déc	125 545	-5,1%	42 410 353,87 €	4,6%	337,81 €	10,1%
2008 déc	120 581	-4,0%	41 335 634,63 €	-2,5%	342,80 €	1,5%
2009 déc	110 749	-8,2%	37 954 524,93 €	-8,2%	342,71 €	0,0%
2010 déc	99 014	-10,6%	33 435 896,68 €	-11,9%	337,69 €	-1,5%
2011 déc	92 728	-6,3%	31 350 277,71 €	-6,2%	338,09 €	0,1%
2010 janv	109 952	-8,2%	37 477 396,32 €	-8,5%	340,85 €	-0,3%
2010 févr	109 239	-8,1%	37 100 789,68 €	-8,7%	339,63 €	-0,7%
2010 mars	108 603	-7,8%	37 017 875,73 €	-8,7%	340,86 €	-0,9%
2010 avr	107 690	-8,0%	36 744 168,71 €	-8,1%	341,20 €	-0,2%
2010 mai	106 708	-8,2%	36 505 244,24 €	-7,8%	342,10 €	0,7%
2010 juin	105 711	-8,5%	36 062 635,69 €	-8,1%	341,14 €	0,5%
2010 juil	104 640	-8,8%	35 420 479,26 €	-9,0%	338,50 €	-0,2%
2010 août	103 525	-9,2%	35 132 107,68 €	-9,5%	339,36 €	-0,4%
2010 sept	102 384	-9,6%	34 791 504,82 €	-9,9%	339,81 €	-0,3%
2010 oct	101 226	-9,9%	34 253 866,24 €	-10,6%	338,39 €	-0,8%
2010 nov	100 099	-10,3%	33 775 626,99 €	-11,9%	337,42 €	-1,8%
2010 déc	99 014	-10,6%	33 435 896,68 €	-11,9%	337,69 €	-1,5%
2011 janv	98 248	-10,6%	33 466 545,75 €	-10,7%	340,63 €	-0,1%
2011 févr	97 515	-10,7%	33 255 814,09 €	-10,4%	341,03 €	0,4%
2011 mars	96 829	-10,8%	32 789 466,08 €	-11,4%	338,63 €	-0,7%
2011 avr	96 154	-10,7%	32 466 291,50 €	-11,6%	337,65 €	-1,0%
2011 mai	95 533	-10,5%	32 673 398,38 €	-10,5%	342,01 €	0,0%
2011 juin	94 982	-10,1%	32 145 810,06 €	-10,9%	338,44 €	-0,8%
2011 juil	94 508	-9,7%	31 916 648,68 €	-9,9%	337,71 €	-0,2%
2011 août	94 110	-9,1%	31 763 243,16 €	-9,6%	337,51 €	-0,5%
2011 sept	93 763	-8,4%	31 628 015,62 €	-9,1%	337,32 €	-0,7%
2011 oct	93 479	-7,7%	31 519 735,39 €	-8,0%	337,19 €	-0,4%
2011 nov	93 140	-7,0%	31 559 849,47 €	-6,8%	338,84 €	0,4%
2011 déc	92 728	-6,3%	31 350 277,71 €	-6,2%	338,09 €	0,1%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_ACM_Tableaux.xls

Objet : Présentation_004

Source : CCMSA

4.3 ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE EN DROITS CONSTATÉS PAR POSTE – SUR 3 ANS

CNAMTS (SLM inclus)

Décembre 2010

CNAMTS	Dépense		Montants unitaires		Croissance	
	2010	2008	2009	2010	2008/2009	2009/2010
Métropole et Dom						
Effectifs CMU-C RD		3 441 547	3 358 181	3 363 089	-2,42%	0,15%
Total	1 445 298 430,48€	407,37 €	417,20 €	429,75 €	2,41%	3,01%
Ville	1 058 988 660,15€	301,22 €	309,88 €	314,89 €	2,87%	1,62%
Hôpital	386 308 770,33€	106,15 €	107,32 €	114,87 €	1,10%	7,03%
Ville	1 058 988 660,15€	301,22 €	309,88 €	314,89 €	2,87%	1,62%
Honoraires médicaux (1,2)	247 713 746,91€	72,13 €	75,16 €	73,66 €	4,21%	-2,00%
Forfaits CMU (10,11,12,13)	211 970 275,17€	57,39 €	60,14 €	63,03 €	4,81%	4,80%
Autres (3,4,5,6,7,8,9)	599 305 638,07€	171,71 €	174,57 €	178,20 €	1,66%	2,08%
Hôpital	386 308 770,33€	106,15 €	107,32 €	114,87 €	1,10%	7,03%
Honoraires du secteur public et Prestations (14)	260 618 701,04€	70,46 €	73,12 €	77,55€	3,77%	6,07%
Forfait hospitalier (15)	125 485 069,29€	35,69 €	34,21 €	37,31€	-4,15%	9,08%
Détail	1 445 298 430,48€	407,37 €	417,20 €	429,75 €	2,41%	3,01%
1 Honoraires des généralistes	166 748 636,38€	48,08 €	51,01 €	49,58 €	6,09%	-2,79%
2 Honoraires des spécialistes	80 964 110,53€	24,05 €	24,16 €	24,07 €	0,45%	-0,34%
3 Honoraires dentaires	83 594 343,95€	23,25 €	23,98 €	24,86 €	3,16%	3,64%
4 Honoraires paramédicaux	73 516 895,78€	20,59 €	21,05 €	21,86 €	2,21%	3,86%
5 Médicaments	321 361 996,84€	95,40 €	95,29 €	95,56 €	-0,11%	0,28%
6 Dispositifs médicaux	39 127 861,46€	9,61 €	10,68 €	11,63 €	11,19%	8,91%
7 Analyse et biologie	56 111 280,20€	16,28 €	16,46 €	16,68 €	1,08%	1,38%
8 Frais de transport	23 450 685,13€	6,00 €	6,47 €	6,97 €	7,84%	7,71%
9 Autres prestations en nature	2 142 574,71€	0,58 €	0,63 €	0,64 €	9,80%	0,45%
10 Forfaits proth. dentaires	164 544 565,95€	43,76 €	46,43 €	48,93 €	6,11%	5,37%
11 Forfaits orthodontie	24 136 119,68€	6,70 €	6,94 €	7,18 €	3,67%	3,35%
12 Forfaits optique médicale	21 427 442,08€	6,36 €	6,23 €	6,37 €	-2,12%	2,28%
13 Forfaits proth. auditives	1 862 146,46€	0,56 €	0,54 €	0,55 €	-4,73%	3,08%
14 Honoraires du secteur public/Prestations hospitalières	260 618 701,04€	70,46 €	73,12 €	77,55€	3,77%	6,07%
15 Forfait journalier	125 485 069,29€	35,69 €	34,21 €	37,31€	-4,15%	9,08%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_Reelles.xls

Original : Présentation_006

Sources : CNAMTS et SLM

4.4 DÉPENSE MOYENNE EN DROITS CONSTATÉS FRANCE ENTIÈRE ET PAR DÉPARTEMENT

CNAMTS (SLM inclus)

Décembre 2010

	Effectifs	Total	Ville		Hôpital	
		Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen
Métropole	2 884 334	437,63 €	317,11 €	100,70%	120,52 €	104,93%
Dom	478 734	382,29 €	301,52 €	95,75%	80,78 €	70,32%
France entière	3 363 069	429,75 €	314,89 €	100,00%	114,87 €	100,00%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_Reelles_Par_Departement.xls

Origine : Classement_Dpts - Bas de page

Pour chaque colonne concernée, les données de couleur bleue se situent à l'intérieur du premier décile et les données de couleur orange à l'intérieur du dernier.

Département	Effectifs	Total Coût moyen	Ville		Hôpital	
			Coût moyen	Ratio Coût moyen	Coût moyen	Ratio Coût moyen
01 Ain	9 433	421,12 €	275,22 €	87,40%	145,89 €	127,01%
02 Aisne	32 907	397,21 €	282,42 €	89,69%	114,79 €	99,94%
03 Allier	15 871	389,24 €	245,80 €	78,06%	143,45 €	124,88%
04 Alpes-Haute-Provence	5 978	411,73 €	287,90 €	91,43%	123,83 €	107,81%
05 Hautes-Alpes	2 881	414,45 €	260,38 €	82,69%	154,07 €	134,13%
06 Alpes-Maritimes	44 240	524,65 €	404,65 €	128,51%	120,00 €	104,47%
07 Ardèche	6 655	398,51 €	249,51 €	79,24%	149,00 €	129,72%
08 Ardennes	21 303	431,25 €	302,05 €	95,92%	129,20 €	112,48%
09 Ariège	8 189	383,19 €	281,08 €	89,26%	102,10 €	88,89%
10 Aube	18 641	406,12 €	290,18 €	92,15%	115,95 €	100,94%
11 Aude	24 359	427,81 €	323,40 €	102,70%	104,41 €	90,90%
12 Aveyron	7 148	440,79 €	268,04 €	85,12%	172,75 €	150,40%
13 Bouches-du-Rhône	182 394	545,24 €	439,83 €	139,68%	105,41 €	91,76%
14 Calvados	19 001	453,87 €	289,66 €	91,99%	164,21 €	142,95%
15 Cantal	3 521	576,28 €	273,54 €	86,87%	302,75 €	263,56%
16 Charente	16 298	371,86 €	261,05 €	82,90%	110,80 €	96,46%
17 Charente-Maritime	23 443	440,87 €	286,00 €	90,83%	154,87 €	134,82%
18 Cher	15 905	372,57 €	245,99 €	78,12%	126,58 €	110,20%
19 Corrèze	6 238	711,87 €	258,92 €	82,23%	452,74 €	394,15%
201 Corse-du-Sud	3 944	470,93 €	333,24 €	105,83%	137,69 €	119,87%
202 Haute-Corse	6 929	447,76 €	327,17 €	103,90%	120,60 €	104,99%
21 Côte-d'Or	12 555	485,87 €	313,27 €	99,48%	172,61 €	150,27%
22 Côtes-d'Armor	10 996	432,39 €	269,77 €	85,67%	162,62 €	141,57%
23 Creuse	4 814	374,63 €	223,21 €	70,88%	151,42 €	131,82%
24 Dordogne	14 686	467,62 €	259,18 €	82,31%	208,45 €	181,47%
25 Doubs	20 617	440,26 €	304,77 €	96,79%	135,48 €	117,95%
26 Drôme	8 087	440,46 €	295,44 €	93,82%	145,02 €	126,25%
27 Eure	22 029	377,44 €	237,06 €	75,28%	140,38 €	122,21%
28 Eure-et-Loir	14 863	362,33 €	254,41 €	80,79%	107,93 €	93,96%
29 Finistère	17 184	448,53 €	280,53 €	89,08%	168,00 €	144,52%
30 Gard	52 218	439,25 €	343,56 €	109,11%	95,69 €	83,30%
31 Haute-Garonne	57 671	508,55 €	369,54 €	117,36%	139,01 €	121,02%
32 Gers	6 784	510,93 €	278,87 €	88,56%	232,06 €	202,02%
33 Gironde	52 350	418,70 €	315,48 €	100,19%	103,21 €	89,85%
34 Hérault	66 193	506,98 €	396,93 €	126,05%	110,05 €	95,81%
35 Ille-et-Vilaine	24 847	433,09 €	291,97 €	92,72%	141,11 €	122,85%
36 Indre	8 814	373,72 €	258,50 €	82,09%	115,21 €	100,30%
37 Indre-et-Loire	17 491	398,29 €	277,12 €	88,01%	121,17 €	105,49%
38 Isère	36 375	413,96 €	288,09 €	91,49%	125,87 €	109,58%
39 Jura	7 292	434,57 €	264,46 €	83,99%	170,11 €	148,09%
40 Landes	10 740	386,56 €	288,06 €	91,48%	98,50 €	85,76%
41 Loir-et-Cher	9 888	365,27 €	240,79 €	76,47%	124,48 €	108,37%
42 Loire	23 913	423,42 €	286,32 €	90,93%	137,11 €	119,36%
43 Haute-Loire	3 181	404,99 €	243,21 €	77,24%	161,78 €	140,84%
44 Loire-Atlantique	32 015	395,54 €	281,33 €	89,34%	114,21 €	99,43%
45 Loiret	27 908	341,29 €	248,30 €	78,85%	92,99 €	80,95%

Département	Effectifs	Total	Ville		Hôpital	
		Coût moyen	Coût moyen	Raïo Coût moyen	Coût moyen	Raïo Coût moyen
46 Lot	5 831	407,81 €	248,90 €	79,06%	158,91 €	138,34%
47 Lot-et-Garonne	15 231	403,54 €	286,41 €	90,96%	117,13 €	101,97%
48 Lozère	2 125	980,89 €	245,68 €	78,02%	735,21 €	640,06%
49 Maine-et-Loire	24 563	392,28 €	259,36 €	82,37%	132,92 €	115,72%
50 Manche	13 797	356,79 €	234,91 €	74,60%	121,88 €	106,11%
51 Marne	26 629	406,56 €	280,27 €	89,01%	126,30 €	109,95%
52 Haute-Marne	7 587	412,35 €	259,58 €	82,44%	152,76 €	132,99%
53 Mayenne	7 197	404,19 €	235,72 €	74,86%	168,47 €	146,66%
54 Meurthe-et-Moselle	35 007	471,32 €	329,90 €	104,77%	141,41 €	123,11%
55 Meuse	7 500	490,89 €	280,17 €	88,97%	210,52 €	183,27%
56 Morbihan	12 124	418,31 €	270,37 €	85,86%	147,94 €	128,79%
57 Moselle	41 841	363,01 €	265,54 €	84,33%	97,48 €	84,86%
58 Nièvre	8 046	401,66 €	240,13 €	76,26%	161,54 €	140,63%
59 Nord	221 724	427,77 €	325,22 €	103,28%	102,54 €	89,27%
60 Oise	35 499	414,90 €	269,99 €	85,74%	144,91 €	126,16%
61 Orne	12 203	406,33 €	243,96 €	77,48%	162,37 €	141,36%
62 Pas-de-Calais	125 958	405,88 €	311,09 €	98,79%	94,78 €	82,51%
63 Puy-de-Dôme	20 547	384,83 €	272,70 €	86,60%	112,12 €	97,61%
64 Pyrénées-Atlantiques	19 957	536,59 €	323,02 €	102,58%	213,57 €	185,93%
65 Hautes-Pyrénées	9 292	478,48 €	308,50 €	97,34%	171,97 €	149,71%
66 Pyrénées-Orientales	38 131	405,90 €	325,54 €	103,38%	80,36 €	69,96%
67 Bas-Rhin	41 091	399,59 €	310,88 €	98,73%	88,71 €	77,23%
68 Haut-Rhin	30 343	344,45 €	240,76 €	76,46%	103,69 €	90,27%
69 Rhône	85 006	434,69 €	310,81 €	98,70%	123,88 €	107,85%
70 Haute-Saône	7 943	444,32 €	261,47 €	83,04%	182,85 €	159,19%
71 Saône-et-Loire	16 849	389,14 €	251,73 €	79,94%	137,41 €	119,62%
72 Sarthe	21 413	388,85 €	244,93 €	77,78%	143,92 €	125,29%
73 Savoie	6 963	394,97 €	264,86 €	84,11%	130,11 €	113,27%
74 Haute-Savoie	13 630	418,27 €	273,12 €	86,74%	145,15 €	126,36%
75 Paris	152 489	538,29 €	401,89 €	127,38%	129,20 €	112,48%
76 Seine-Maritime	60 691	379,63 €	262,79 €	83,46%	116,84 €	101,71%
77 Seine-et-Marne	39 800	384,06 €	268,68 €	85,33%	115,38 €	100,45%
78 Yvelines	39 192	421,68 €	294,06 €	93,38%	127,62 €	111,11%
79 Deux-Sèvres	9 079	407,36 €	238,49 €	75,74%	168,87 €	147,01%
80 Somme	40 382	410,43 €	299,62 €	95,15%	110,81 €	96,47%
81 Tarn	17 356	421,19 €	287,13 €	91,18%	134,06 €	116,71%
82 Tarn-et-Garonne	11 990	418,31 €	296,21 €	94,07%	122,11 €	106,30%
83 Var	48 052	492,59 €	360,29 €	114,42%	132,30 €	115,18%
84 Vaucluse	32 321	430,51 €	317,86 €	100,95%	112,64 €	98,06%
85 Vendée	10 491	433,58 €	264,76 €	84,08%	168,82 €	146,97%
86 Vienne	18 744	398,54 €	259,44 €	82,39%	139,10 €	121,09%
87 Haute-Vienne	17 417	408,41 €	283,35 €	89,98%	125,06 €	108,87%
88 Vosges	14 903	532,50 €	299,33 €	95,06%	233,18 €	203,00%
89 Yonne	12 690	335,55 €	221,63 €	70,38%	113,92 €	99,17%
90 Territoire-de-Belfort	5 951	372,36 €	261,73 €	83,12%	110,62 €	96,31%
91 Essonne	48 874	400,96 €	275,47 €	87,48%	125,49 €	109,25%
92 Hauts-de-Seine	57 895	445,88 €	329,51 €	104,64%	116,37 €	101,31%
93 Seine-Saint-Denis	157 209	412,10 €	332,10 €	105,47%	80,01 €	69,65%
94 Val-de-Marne	70 071	424,03 €	322,95 €	102,56%	101,08 €	87,99%
95 Val-d'Oise	66 041	439,40 €	329,98 €	104,79%	109,43 €	95,26%
971 Guadeloupe	48 694	346,29 €	259,36 €	82,37%	86,93 €	75,68%
972 Martinique	87 630	270,72 €	193,59 €	61,48%	77,14 €	67,15%
973 Guyane	72 943	524,54 €	385,20 €	112,80%	189,34 €	147,43%
974 Réunion	269 467	386,57 €	329,70 €	104,70%	56,87 €	49,51%

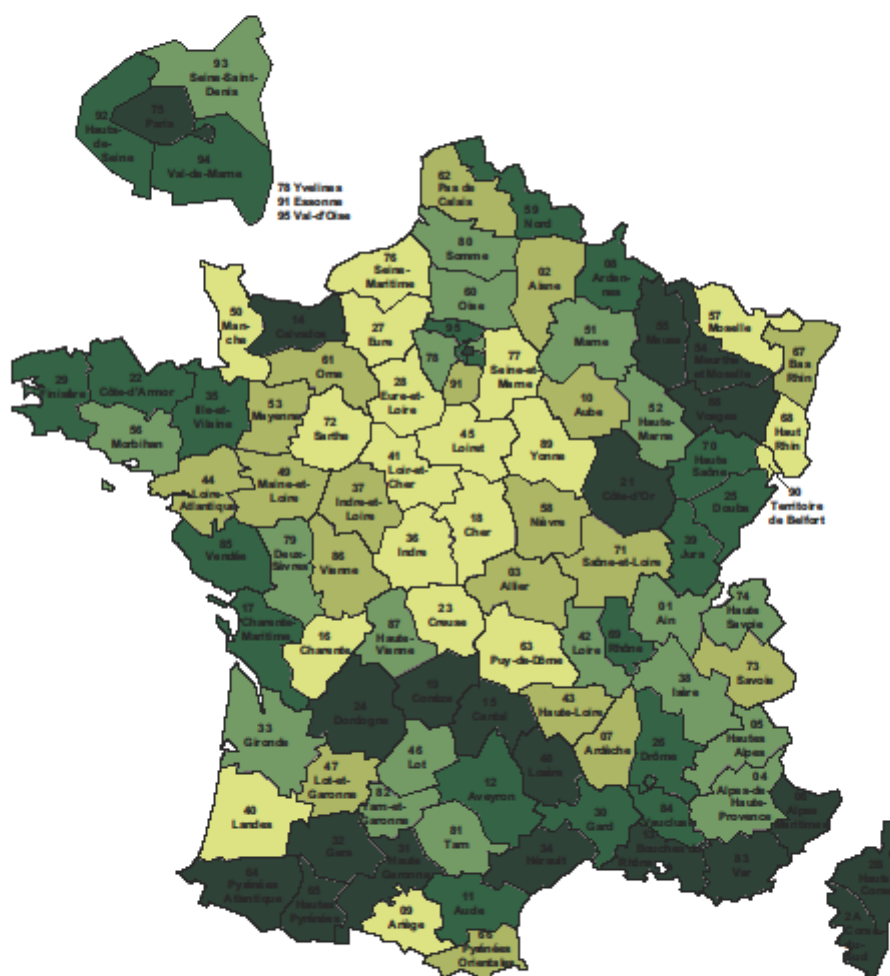
G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_Reelles_Par_Departement.xls

Classement_Dpts

Source : CNAITS

Figure 3 – Montant de la dépense moyenne en droits constatés par département, CNAMTS, à décembre 2010

Couleur	Montants	Nombre	Dépense	Pourcent Dépense
	>= 447,76 € <= 980,89 €	20	371 865 374,35 €	29,5%
	>= 424,03 € < 447,76 €	19	333 362 050,37 €	26,4%
	>= 406,56 € < 424,03 €	19	217 580 503,19 €	17,2%
	>= 389,14 € < 406,56 €	19	196 663 831,00 €	15,6%
	>= 335,55 € < 389,14 €	19	142 806 175,31 €	11,3%
		96	1 262 277 934,22 €	100,0%



G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Depenses_Reelles_Par_Departement.xls

Objet : Classement_Dpts

Source : CNAMTS

Outil carte : Philcarto

| 5 EFFECTIFS CMU DE BASE

| 5.1 ÉVOLUTIONS DES EFFECTIFS

Moyennes 2007 à 2011

	Métropole	DOM	Total	Évolution
Effectifs annuels moyens				
2007	1 146 748	261 075	1 407 823	
2008	1 195 541	266 051	1 461 593	3,82%
2009	1 554 821	302 094	1 856 914	27,05%
2010	1 848 554	310 699	2 159 253	16,28%
2011	1 873 868	313 864	2 187 732	1,32%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Tous_Regimes.xls

Onglet : Note_Conjoncture

Sources : tous régimes

Mensuels de Décembre 2010 à Décembre 2011

	Métropole	DOM	Total	Évolution
Effectifs mensuels année en cours				
2010 déc	1 895 557	301 094	2 196 651	
2011 janv	1 889 114	305 712	2 194 826	-0,08%
2011 févr	1 901 391	307 990	2 209 381	0,66%
2011 mars	1 907 393	310 230	2 217 623	0,37%
2011 avr	1 884 207	312 588	2 196 795	-0,94%
2011 mai	1 877 208	313 029	2 190 237	-0,30%
2011 juin	1 864 390	309 753	2 174 143	-0,73%
2011 juil	1 851 141	310 137	2 161 278	-0,59%
2011 août	1 852 614	311 240	2 163 854	0,12%
2011 sept	1 862 016	317 442	2 179 458	0,72%
2011 oct	1 869 416	321 306	2 190 722	0,52%
2011 nov	1 868 751	322 843	2 191 594	0,04%
2011 déc	1 858 774	324 099	2 182 873	-0,40%
Évolution depuis Décembre 2010				-0,63%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_Effectifs_Tous_Regimes.xls

Onglet : Note_Conjoncture

Sources : tous régimes

| 6 EFFECTIFS AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

| 6.1 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ATTESTATIONS DÉLIVRÉES ET UTILISÉES

Données connues

Mois Années	Mois CPAM		Cumul bénéficiaires d'attestations CNAMTS MSA RSI – ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Cout trimestriel pour le Fonds CMU	Cout trimestriel unitaire
	Atte stations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
janv 2005	19 557	25 179				
févr 2005	24 099	46 021		12 805	436 828 €	34,11 €
mars 2005	18 709	32 841				
avr 2005	16 738	28 912				
mai 2005	20 583	38 031		62 811	2 239 933 €	35,66 €
juin 2005	15 857	28 779				
juil 2005	11 729	20 911				
août 2005	14 656	26 784		113 731	3 922 656 €	34,49 €
sept 2005	14 526	27 318				
oct 2005	15 554	29 854				
nov 2005	18 680	35 029		177 710	6 123 611 €	34,46 €
déc 2005	19 235	35 140	402 261			
TOTAL 2005	209 923	374 799		TOTAL 2005	12 723 028 €	138,72 €
janv 2006	18 809	34 159	412 241			
févr 2006	18 384	31 455	398 675	202 973	7 772 542 €	38,29 €
mars 2006	15 936	32 740	399 460			
avr 2006	16 448	27 647	398 195			
mai 2006	16 374	29 646	399 810	226 352	9 507 097 €	42,00 €
juin 2006	16 893	29 488	390 276			
juil 2006	17 216	29 193	399 058			
août 2006	12 056	20 615	393 389	234 237	10 791 998 €	46,07 €
sept 2006	15 607	29 112	395 595			
oct 2006	20 405	37 534	403 275			
nov 2006	15 130	29 354	397 600	240 664	12 104 968 €	50,30 €
déc 2006	17 576	29 418	391 330			
TOTAL 2006	200 834	360 361	<i>Evol / Dec N-1 = -2,7 %</i>	TOTAL 2006	40 176 605 €	176,67 €
janv 2007	25 512	43 042	401 213			
févr 2007	22 147	38 596	409 354	244 662	12 920 782 €	52,81 €
mars 2007	29 874	51 614	429 396			
avr 2007	18 995	31 089	433 838			
mai 2007	19 027	33 988	438 680	275 472	14 887 015 €	54,04 €
juin 2007	22 068	39 183	449 420			
juil 2007	20 310	37 031	458 258			
août 2007	19 602	35 845	474 488	304 774	16 597 216 €	54,46 €
sept 2007	19 039	35 302	481 430			
oct 2007	21 069	40 627	485 023			
nov 2007	21 230	37 631	493 800	329 669	17 939 202 €	54,42 €
déc 2007	29 017	44 923	511 119			
TOTAL 2007	267 890	468 871	<i>Evol / Dec N-1 = 30,6 %</i>	TOTAL 2007	62 344 215 €	215,73 €

Mois Années	Mois CPAM		Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attestations CNAMTS MSA RSI – ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Cout trimestriel pour le Fonds CMU	Cout trimestriel unitaire
	Atte stations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
janv 2008	21 461	36 949	505 326			
févr 2008	26 025	44 371	511 401	360 095	20 036 646 €	55,64 €
mars 2008	29 141	50 663	510 395			
avr 2008	23 985	41 779	521 385			
mai 2008	20 729	36 920	525 117	382 069	21 047 049 €	55,09 €
juin 2008	25 871	43 152	529 791			
juil 2008	21 591	34 877	527 837			
août 2008	21 706	35 521	527 713	410 262	22 590 072 €	55,06 €
sept 2008	31 917	54 051	546 155			
oct 2008	30 935	53 491	560 319			
nov 2008	41 836	66 318	590 306	442 283	24 272 662 €	54,88 €
déc 2008	29 433	51 049	596 626			
TOTAL 2008	324 630	549 141	<i>Evol / Dec N-1 = 16,7 %</i>	Total 2008	87 946 429 €	220,67 €
janv 2009	32 221	52 062	612 351			
févr 2009	29 766	50 172	618 764	465 316	25 962 400 €	55,80 €
mars 2009	30 092	50 988	619 467			
avr 2009	24 105	40 995	618 986			
mai 2009	24 791	41 400	623 769	492 419	27 681 090 €	56,21 €
juin 2009	27 729	46 948	627 708			
juil 2009	25 647	42 510	635 805			
août 2009	21 473	36 467	637 215	500 045	27 613 139 €	55,22 €
sept 2009	26 939	45 559	629 033			
oct 2009	27 238	46 199	621 610			
nov 2009	27 170	46 309	601 470	501 681	28 620 490 €	57,05 €
déc 2009	28 487	49 377	599 535			
TOTAL 2009	325 658	548 986	<i>Evol / Dec N-1 = 0,5 %</i>	Total 2009	109 877 119 €	224,28 €
janv 2010	30 010	50 336	597 897			
févr 2010	30 637	54 515	602 328	493 325	30 085 477 €	60,99 €
mars 2010	36 129	60 276	611 796			
avr 2010	29 449	49 732	620 602			
mai 2010	26 607	45 163	624 434	517 177	33 157 727 €	64,11 €
juin 2010	31 252	52 877	630 432			
juil 2010	25 708	43 310	630 937			
août 2010	24 520	40 809	634 984	536 910	35 739 929 €	66,57 €
sept 2010	26 235	45 424	634 554			
oct 2010	26 195	45 111	632 926			
nov 2010	27 655	46 723	632 801	532 865	35 943 688 €	67,45 €
déc 2010	30 320	48 610	631 493			
TOTAL 2010	344 717	582 886	<i>Evol / Dec N-1 = 5,3 %</i>	Total 2010	134 926 821 €	259,12 €

Mois Années	Mois CPAM		Cumul sur 12 mois des bénéficiaires d'attestations CNAMTS MSA RSI – ACM	Bénéficiaires ayant utilisé leur attestation	Coût trimestriel pour le Fonds CMU	Coût trimestriel unitaire
	Attestations délivrées	Bénéficiaires d'attestations				
janv 2011	35 270	62 010	643 620			
févr 2011	33 400	59 841	649 399	528 404	36 123 803 €	68,36 €
mars 2011	39 889	69 384	658 868			
avr 2011	30 461	54 094	663 692			
mai 2011	37 548	64 826	683 817	561 614	38 384 508 €	68,35 €
juin 2011	34 251	57 816	689 216			
juil 2011	31 310	53 079	699 460			
août 2011	30 785	53 529	712 655	595 936	40 449 995 €	67,88 €
sept 2011	31 712	54 366	722 071			
oct 2011	32 441	57 016	734 751			
nov 2011	35 357	60 708	749 510	619 957	42 318 466 €	68,26 €
déc 2011	35 139	61 405	763 079			
TOTAL 2011	407 563	708 074	<i>Evol / Dec N-1 = 20,8 %</i>	Total 2011	157 276 772 €	272,85 €

G:\Aide complémentaire santé\Suivi deliv attestations et stat\Prev ACS.xls

Objet : Annuaire_Stat

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, Fonds CMU

| 7 ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION CMU

| 7.1 ÉVOLUTIONS DE L'ASSIETTE

De 2002 à 2010

	2002	2003	2004	2005	2006
Taux de contribution	1,75%	1,75%	1,75%	1,75%	2,50%
Mutuelles	11 263 618 214	12 128 660 890	13 366 911 097	14 453 912 101	15 321 070 212
Institutions de prévoyance	3 573 357 370	3 809 369 634	4 040 935 516	4 224 605 945	4 379 285 052
Sociétés d'assurance	3 990 662 128	4 538 495 289	5 238 845 091	5 788 273 111	6 344 137 055
Totaux	18 827 637 712	20 476 525 813	22 646 691 704	24 466 791 157	26 044 492 319
Évolutions annuelles		8,8%	10,6%	8,0%	6,4%

	2007	2008	2009	2010
Taux de contribution	2,50%	2,50%	5,90%	5,90%
Mutuelles	15 952 267 290	16 435 139 769	16 931 760 283	17 665 709 609
Institutions de prévoyance	4 694 625 576	5 125 601 475	5 225 174 055	5 261 107 209
Sociétés d'assurance	6 735 591 774	7 561 395 960	7 960 846 975	8 478 749 490
Totaux	27 382 484 640	29 122 137 204	30 117 781 313	31 405 566 307
Évolutions annuelles	5,1%	6,4%	3,4%	4,3%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_OC_CMUC.xls

Origine : Annuaire Stat

Source : Fonds CMU

Pour le 4^{ème} trimestre 2008 et le 1^{er} trimestre 2009, les chiffres sont bruts. Ils ne tiennent pas compte d'éventuels transferts d'opportunité, à l'occasion du passage du taux de contribution de 2,50 % à 5,90 % en 2009.

	Évolution	Structure Assiette		
	2002 / 2010	2002	2010	
Mutuelles	56,8%	Mutuelles	59,8%	56,3%
Institutions de prévoyance	47,2%	Institutions de prévoyance	19,0%	16,8%
Sociétés d'assurance	112,5%	Sociétés d'assurance	21,2%	27,0%
Totaux	66,8%	Totaux	100,0%	100,0%

Détail 2011 et évolution 2010 / 2011

Pour 2011, l'assiette est décomposée entre l'assiette de la taxe (6,27 %) et l'assiette de la contribution (5,90 %).

2011	T1		T2		T3		T4	
	Milliers d'euros	Milliers d'euros	Milliers d'euros	Milliers d'euros	Milliers d'euros	Milliers d'euros	Milliers d'euros	Milliers d'euros
Mutuelles	4 565 252	203 452	4 123 032	38 571	4 183 527	21 781	4 107 517	5 229
IP	1 065 043	224 205	1 283 086	39 472	1 282 347	7 805	1 253 283	4 808
Assurances	2 479 746	449 521	1 435 575	224 819	1 664 307	71 870	1 890 293	51 145
Total	8 110 041	877 178	6 841 693	302 862	7 130 181	101 456	7 251 093	61 182
Total Taxe + Contrib	8 987 219		7 144 555		7 231 637		7 312 275	
Répartition								
Taxe /	90,24%	9,76%	95,76%	4,24%	98,60%	1,40%	99,16%	0,84%
Contrib								

Milliers d'euros	Total 2011		Evolution 2010/2011
	Assiette Taxe	Assiette Contrib Reconstituée	Assiette Taxe + Contribution reconstituée
Mutuelles	16 979 328	254 044	3,28%
IP	4 883 759	260 897	3,56%
Assurances	7 469 921	752 932	2,70%
Total	29 333 008	1 267 873	3,17%
Total Taxe + Contrib	30 600 881		

G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique

Objet : 2012-04-10_Assiette_OC_2011.xls

Source : Fonds CMU

7.2 ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

De 2002 à 2011

	Nombre OC			Structure Nombre OC	
	2002	2011		2002	2011
Mutuelles	1 359	559	Mutuelles	88,8%	82,0%
Institutions de prévoyance	51	29	Institutions de prévoyance	3,3%	4,3%
Sociétés d'assurance	120	94	Sociétés d'assurance	7,8%	13,8%
Totaux	1 530	682	Totaux	100,0%	100,0%

G:\Statistiques CMU\TABLEAUX_BORD\INDICATEURS_TABLEAUX\Suivi_OC_CMUC.xls

Objet : Annuaire_Stat

Source : Fonds CMU

7.3 LES 50 PREMIERS ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Classement par chiffre d'affaires

Exercice 2011

Aide à la lecture du tableau :

Type d'OC : M : Mutuelle, A : Société d'assurance, IP : Institution de prévoyance

Un déclarant = un numéro SIREN

Assiette totale : 2011 est une année de transition, compte tenu du passage de la contribution CMU vers la taxe CMU. Pour cet exercice spécifique, l'assiette totale a été évaluée comme suit :
Assiette totale = (Assiette taxe 2011) + (Assiette contribution 2011)/1,059

Type OC	N° SIREN	NOM OC	CP	Assiette Totale	Nb moyen bénéf.	
					CMU-C	ACS
M	775685399	MGEN - Mutuelle générale de l'éducation nationale	75015	1 337 665 710 €	9 913	2 880
A	310499959	AXA France vie	92727	1 200 337 897 €	16 389	21 744
IP	784621468	BTP prévoyance - CNPBTP	75294	1 046 370 345 €	12 751	7 742
A	322215021	SwissLife prévoyance et santé	75008	943 896 212 €	24 415	17 546
M	442224671	Prévadiés	75015	943 496 954 €	63 178	30 359
M	775685340	MG - Mutuelle générale	75634	739 182 655 €	8 212	7 883
IP	775691181	Malakoff Médéric prévoyance	75317	640 842 713 €	818	151
M	500751789	Mutuelle Harmonie mutualité	75015	633 048 983 €	35 779	19 396
M	503380081	Mutuelle UNEO	92120	564 027 398 €	1 269	454
M	775606361	MNH - Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social	45213	552 090 158 €	6 113	2 253
IP	333232270	AG2R prévoyance	75680	544 691 225 €	0	201
A	542110291	Allianz IARD	75113	538 215 334 €	18 796	15 520
IP	410005110	Novalis prévoyance	75495	506 762 035 €	0	0
M	775678584	MNT - Mutuelle nationale territoriale	75311	454 431 850 €	6 678	3 524
M	331542142	MAAF santé	79030	420 020 467 €	61 502	22 455
A	352408748	Assurances du crédit mutual - IARD SA	67908	404 189 785 €	14 784	8 321
A	340427616	Groupama Gen Vie	92082	393 234 258 €	206	423
A	440048882	MMA IARD	72030	392 949 269 €	13 145	10 049
A	602062481	Generali vie	75009	374 275 420 €	0	0
A	352358865	Pacifica - L'assurance Dommages au Crédit agricole	75015	371 275 498 €	15 542	13 426
IP	318990736	Uniprévoyance	94307	345 646 500 €	1	385
M	775659907	Mutuelle mieux-être	75544	327 949 810 €	516	6 796
M	775658501	MACIF mutualité	79037	318 449 561 €	14 790	16 266
A	412367724	Quatrem - Assurances collectives	75423	312 562 320 €	0	1 531
M	775627391	Mutuelle Agreva	59306	286 835 501 €	8 806	9 277
IP	329233288	APRI prévoyance	41260	284 338 734 €	541	123
M	784718256	Mutuelle Malakoff Médéric - MUT2M	75317	272 415 784 €	528	699
A	306522685	AVIVA assurances	92271	247 803 263 €	7 083	8 539
IP	304217904	APGIS - Association de prévoyance interprofessionnelle des salariés	94684	247 030 519 €	254	119
M	775688658	MCD - Mutuelle nationale médico-chirurgo-dentaire	75762	232 459 714 €	6 391	10 201
M	382565745	Primamut	75680	228 777 228 €	0	1 797
IP	341334795	Réunica prévoyance	92599	213 769 135 €	206	26
M	775685365	Mutuelle Intérale	31131	209 352 892 €	103	173
A	552062663	Generali assurances IARD	75456	206 606 310 €	0	2 655
A	340234962	Allianz Vie	75002	202 733 190 €	0	0
M	434243085	Mutuelle Océane	33054	201 001 771 €	12 953	8 836
M	302927553	Mutuelle Mols	69300	192 799 552 €	1 719	1 138
A	383844693	GROUPAMA Loire-Bretagne	35012	190 314 549 €	3 853	2 701
A	353457245	AXA assurances vie mutualités	75009	189 061 016 €	1 806	2 591
IP	321862500	APICIL prévoyance	69300	188 995 130 €	0	65
M	499982098	MGEFI-Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	75019	174 167 548 €	139	193
IP	341403178	IPGM - Institution de prévoyance du groupe Mornay	75012	167 088 620 €	37	1
M	784669954	Mutuelle SMI	75374	164 890 873 €	3 030	3 134
A	391851557	GROUPAMA d'OC	31131	158 531 025 €	3 734	3 724
M	782814818	Mutuelle de France Sud	13010	154 538 966 €	3 874	9 531
M	775671902	MIP - Mutuelle de l'industrie du pétrole	75096	152 540 638 €	167	398
A	779838366	GROUPAMA Rhône-Alpes-Auvergne	69251	151 440 362 €	3 936	3 200
M	400200804	Eovi - Mutuelles Présence	42030	150 323 898 €	8 074	4 361
A	542063797	GAN assurances IARD	75008	150 077 680 €	2 035	2 723
M	775671894	MGP santé - Mutuelle générale de la police	94027	147 174 056 €	84	67

G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2012-04-10_100_Premiers_OC.xls - Onglet : Données

| 8 BUDGET DU FONDS CMU

Données budgétaires

30 avril 2012

En millions d'euros										
	2007	%	2008	%	2009 (dét)	% évol	2010 (dét)	% évol	2011 (dét)	% évol
	(dét)	évol	(dét)	évol						
RECETTES										
Dotation budgétaire de l'Etat (LF1)	109	-8%	47	-57%						
Taxe alcool	480	19%	348	-28%						
Taxe tabac	411	80%	372	-9%						
Contribution des organismes complémentaires	884	5%	725	8%	1 791	147,03%	1 856	3,63%	1 940	4,53%
Dotation assurance maladie	62		87	40%						
TOTAL RECETTES	1 748	5%	1 579	-10%	1 791	13,43%	1 856	3,63%	1 940	4,53%
DEPENSES										
Versements aux régimes de base	1 443	0%	1 266	-12%	1 346	6,32%	1 343	-0,22%	1 370	2,01%
Déductions CMU-C	204	-3%	196	-4%	230	17,35%	244	6,09%	278	13,93%
Déductions ACS	62	55%	87	40%	112	28,74%	130	24,11%	165	18,71%
Total déductions organismes complémentaires	266	6%	283	6%	342	20,85%	388	11,99%	443	15,67%
Reversement CNAMTS (excédent)					83		701	21,69%		
Gestion administrative	1		1		1		1		1	
TOTAL DEPENSES	1 710	1%	1 550	-9%	1 772	14,32%	1 828	3,16%	1 814	-0,77%
Rectification par rapport aux comptes (a)					1					
RESULTAT DE L'ANNEE	38		30		19		28		126	
RESULTAT CUMULE	53		83		101		129		126	
Pour information : reversement CNAMTS (excédent)									129	

Reversement en n + 1 à la CNAMTS de la totalité de l'excédent cumulé du Fonds
 Evolution ACS : prise en compte revalorisation plafonds à CMUC + 26% au 01/01/2011 et à CMUC + 35% au 01/01/2012
 (a) Pour 2008, rectification du report à nouveau ("recotement" ACCOSS).
 Les données 2010 pour les dépenses intègrent la nouvelle méthode de comptabilisation (provisions T4 et report à nouveau).

P:\Raphaelle_Verniole\PREVISIONS\Recap comptes plus avril 2012.xls

Objet : 2011_Sans_prev

Sources : Fonds CMU

9 MONTANTS DES PLAFONDS DE RESSOURCES ET DES MINIMA SOCIAUX

9.1 PLAFONDS MENSUELS DE RESSOURCES POUR L'ATTRIBUTION DE LA CMU-C ET DE L'ACS

Au 1^{er} janvier 2012

Les plafonds pour la CMU-C et l'ACS sont normalement revalorisés au 1^{er} juillet de chaque année. Toutefois, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a prévu une revalorisation du plafond d'attribution de l'ACS au 1^{er} janvier 2012, qui est désormais fixé à + 35 % du plafond de la CMU-C.

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Par personne supplémentaire
Plafonds CMU-C en Métropole	648 €	971 €	1 166 €	1 360 €	+ 259,04 €
Plafonds CMU-C dans les DOM	721 €	1 081 €	1 297 €	1 514 €	+ 288,31 €
Plafonds ACS en Métropole	874 €	1 311 €	1 574 €	1 836 €	+ 349,70 €
Plafonds ACS dans les DOM	973 €	1 460 €	1 751 €	2 043 €	+ 389,22 €

G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2012-04-01_Plafonds_Annuaire.xls

Onglet : Plafonds_CMUC_ACS

Source : Fonds CMU

9.2 MONTANTS MENSUELS DES FORFAITS LOGEMENT

Montants applicables en 2012

Les personnes ayant à leur disposition un logement pour lequel elles ne payent pas de loyer (propriétaire, personne logée à titre gratuit) ou bénéficiant d'une aide au logement, se voient appliquer un forfait logement qui est inclus à leurs ressources. Ce montant varie selon la composition familiale. Il est révisé chaque année et doit être déterminé pour chaque mois de la période de référence (les montants mensuels 2011 s'appliquent pour les mois de la période de référence situés en 2011, les montants mensuels 2012 s'appliquent pour les mois de la période de référence situés en 2012).

	Propriétaire ou occupant à titre gratuit		Bénéficiaire d'une aide au logement	
	Montants mensuels pour 2011	Montants mensuels pour 2012	Montants mensuels pour 2011	Montants mensuels pour 2012
1 personne	12 % du RSA socle* pour 1 personne 56,04 €	12 % du RSA socle* pour 1 personne 56,99 €	12 % du RSA socle* pour 1 personne 56,04 €	12 % du RSA socle* pour 1 personne 56,99 €
2 personnes	14 % du RSA socle* pour 2 personnes 98,07 €	14 % du RSA socle* pour 2 personnes 99,74 €	16 % du RSA socle* pour 2 personnes 112,08 €	16 % du RSA socle* pour 2 personnes 113,98 €
3 personnes ou +	14 % du RSA socle* pour 3 personnes 117,68 €	14 % du RSA socle* pour 3 personnes 119,68 €	16,5 % du RSA socle* pour 3 personnes 138,70 €	16,5 % du RSA socle* pour 3 personnes 141,06 €

G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2012-04-01_Plafonds_Annuaire.xls

Onglet : Forf_Log

* RSA socle : montant forfaitaire du RSA déterminé en fonction de la composition du foyer (Art. L.262-2 du code de l'action sociale et des familles).

9.3 PLAFONDS ANNUELS CMU DE BASE

Au 1^{er} octobre 2011

Les plafonds pour la CMU-B s'appliquent du 1^{er} octobre de l'année N au 30 septembre de l'année N+1

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CMU de base	6 849 €	6 965 €	7 083 €	8 644 €	8 774 €	9 020 €	9 029 €	9 164 €

G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2011-09-30_Plafonds_Annuaire.xls

Onglet : Cmu_Base

Source : Fonds CMU

9.4 MONTANT DES FORFAITS CMU-C, PAR BÉNÉFICIAIRE

Montants annuels versés par bénéficiaire de la CMU-C aux organismes gestionnaires de la part complémentaire CMU (régimes obligatoires ou organismes complémentaires).

Année	2003	2004	2005	2006 à 2008	2009 à 2012
Montant	283,00 €	300,00 €	304,52 €	340,00 €	370,00 €

G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2012-04-12_Fondos_Annuaire.xls

onglet : Montants_Forfaits_CMUC

Source : Fonds CMU

9.5 MONTANT ANNUEL DE L'ACS, PAR BÉNÉFICIAIRE

Au 1^{er} janvier 2011

Montant de l'aide par personne couverte	moins de 16 ans	de 16 à 24 ans	de 25 à 49 ans	de 50 à 59 ans	à partir de 60 ans	Texte (L. 863-I CSS)
01/01/2005	75 €	75 €	150 €	150 €	250 €	L. 2004-810 du 13/08/2004, art.56-I-A
01/01/2006	100 €	100 €	200 €	200 €	400 €	LFSS 2006, art. 53-II
01/08/2009	100 €	100 €	200 €	350 €	500 €	L. 2009-879 du 21/07/2009, art. 58
01/01/2010	100 €	200 €	200 €	350 €	500 €	LFI 2010, art. 133

Source : DSS

9.6 MONTANT DES MINIMA SOCIAUX

Mise à jour au 1^{er} avril 2012

Montants mensuels

	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Personne supplémentaire
RSA (Revenu de solidarité active) socle	474,93 €	712,40 €	854,87 €	997,35 €	189,97 €
AAH (Allocation Adulte Handicapé)	759,98 €				
AAH + FL (Forfait logement*)	816,97 €				
AAH + MVA (Majoration Vie Autonome**) + FL	921,74 €				
AAH + CPLT de ressources*** + FL	996,28 €				
ASS (Allocation de solidarité spécifique)	476,71 €				
ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées)	742,27 €	1 181,77 €			
ASPA + FL	799,26 €	1 293,85 €			
SMIC net au 1er janvier 2011 pour 35 heures	1 096,94 €				

*Forfait logement : Applicable aux personnes propriétaires de leur logement ou bénéficiant d'un hébergement à titre gratuit ou d'une allocation logement

** Majoration pour vie autonome : Supplément versé aux bénéficiaires de l'AAH ne travaillant pas et disposant d'un logement autonome pour lequel ils perçoivent une aide au logement : 104,77 €

*** Complément de ressources : Versé aux bénéficiaires de l'AAH ayant une capacité de travail inférieure à 5 % et disposant d'un logement autonome : 179,31 €

G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\Tableau_Minima_Sociaux-au 1-04-12.xls

9.7 COMPARATIFS ENTRE LE SEUIL DE PAUVRETÉ ET LES PLAFONDS DE LA CMU-C ET DE L'ACS EN MÉTROPOLE

Montants pour une personne seule.

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CMU-C	Annual	6 914 €	7 046 €	7 179 €	7 272 €	7 447 €	7 521 €	7 611 €	7 771 €	7 771 €
	Mensuel	576 €	587 €	598 €	606 €	621 €	627 €	634 €	648 €	648 €
ACS	Annual	7 951 €	8 103 €	8 256 €	8 727 €	8 986 €	9 025 €	9 990 €	9 792 €	10 491 €
	Mensuel	663 €	675 €	688 €	727 €	745 €	752 €	799 €	816 €	874 €
Seuil de pauvreté en € courants à 50 % du revenu médian	Annual	8 208 €	8 495 €	8 750 €	9 084 €	9 492 €	9 540 €	ND	ND	ND
	Mensuel	684 €	708 €	730 €	757 €	791 €	795 €			
Taux d'évolution du plafond CMU-C			1,9%	1,9%	1,3%	2,4%	1,0%	1,2%	2,1%	
Taux d'évolution du seuil de pauvreté			3,5%	3,1%	3,7%	4,5%	0,5%	ND	ND	ND
Rapport Plafond CMU-C/Seuil Pauvreté		84,2%	82,9%	81,9%	80,1%	78,5%	78,8%			

G:\Suivi social et communication\Annuaire_Statistique\2012-04-01_Plafonds_Annuaire.xls

Objet : Plafonds_Seuils_Pauv

Sources : Fonds CMU, INSEE

I 10 ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

Le tableau ci-dessous fait la synthèse des principaux textes concernant la CMU de base, la CMU complémentaire et l'Aide complémentaire santé, pour l'ensemble de l'année 2011 et, pour 2012, les textes parus à la date de publication du présent annuaire.

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
01/01/2011	Loi n°2010-1594	<p>Loi de financement de la sécurité sociale pour 2011</p> <p>Article 3 modifiant le taux de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au plan de lutte contre la pandémie grippale (taux fixé à 0,34 % au lieu de 0,77 %).</p> <p>Article 27 revalorisant le plafond d'attribution de l'aide complémentaire santé (le plafond est fixé à + 26 % au-dessus du plafond CMU-C au lieu de + 20 %)</p> <p>Article 116 : complète l'article L.114-19 du code de la sécurité sociale en permettant aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale d'user du droit de communication pour le recouvrement des prestations versées indûment à des tiers.</p> <p>Article 118 : complète l'article L.161-1-4 du code de la sécurité sociale afin de permettre aux organismes de sécurité sociale de demander pour le service d'une prestation ou le « contrôle de sa régularité », toutes pièces justificatives utiles « pour vérifier l'identité du demandeur ou du bénéficiaire d'une prestation ainsi que » pour apprécier les conditions du droit à la prestation...</p>	Parlement	20/12/2010	21/12/2010 – JORF n°0295
01/01/2011	Décision	Relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie : augmentation de la valeur du C à 23 €	Union nationale des caisses d'Assurance Maladie	23/12/2010	06/01/2011 – JORF n° 0004

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
01/01/2011	Loi n°2010-1657	Loi de Finances pour 2011 Article 21 modifie l'article 1001 du code général des impôts et assujettit les contrats responsables et solidaires à la TSCA (taxe sur les conventions d'assurance) à un taux de 3,5 % Article 190 modifiant la contribution CMU en taxe additionnelle de solidarité dont le taux est fixé à 6,27 %	Parlement	29/12/2010	30/12/2010 – JORF n° 0302
01/01/2011	Décret n°2011-56	Relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale : permet à l'UNCAM d'augmenter le taux de participation des assurés sur les médicaments à service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques et les dispositifs médicaux. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie pour 2011 (Impact sur la part prise en charge par la CMU-C)	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	14/01/2011	15/01/2011 – JORF n° 0012
01/01/2011	Décret n°2010-230	Portant revalorisation du montant forfaitaire du revenu de solidarité active et de l'allocation de revenu minimum d'insertion : augmentation du forfait logement	Ministère des solidarités et de la cohésion sociale	01/03/2011	03/03/2011 – JORF n° 0052
16/03/2011	Loi n°2011-267	D'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure Article 104 : autorise les échanges entre agents de l'État et organismes de sécurité sociale dans le cadre de la lutte contre la fraude	Parlement	14/03/2011	15/03/2011 – JORF n° 0052
30/04/2011	Décret n°2011-467	Relatif aux états statistiques des entreprises d'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance en matière de protection complémentaire : ce décret complète les états statistiques servant à établir le rapport annuel d'information du Gouvernement au Parlement dans le cadre de la discussion sur la LFSS. Ce rapport apporte un éclairage sur la situation financière des organismes complémentaires	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	27/04/2011	29/04/2011 – JORF n° 0100
01/07/2011	Décret n°2011-1028	Relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	26/08/2011	28/08/2011 – JORF n° 0199

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
21/08/2011	Arrêté	Fixant pour l'année 2011 le montant du report à nouveau du Fonds de financement de la CMU complémentaire affecté à la CNAAMTS (montant du RAN : 129 447 458 €)	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	8/08/2011	20/08/2011 – JORF n° 0192
28/09/2011	Arrêté	Fixant les modèles des formulaires relatifs aux demandes de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et d'aide pour une complémentaire santé (ACS)	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé	1/09/2011	20/09/2011 – JORF n° 0225
01/10/2011	Arrêté	Pris en application de l'article D.380-4 du code de la sécurité sociale (revalorisation du plafond d'exonération de la CMU de base)	Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat	11/07/2011	14/07/2011 – JORF n° 0162
01/10/2011	Loi n°2011-900	Loi de finances rectificative pour 2011 (article 54 : instaurant une contribution de 35 € pour tout instance introduite devant une juridiction en matière civile, commerciale, prud'homale, sociale ou rurale devant une juridiction judiciaire ou administrative)	Parlement	29/07/2011	30/07/2011 – JORF n° 0175
01/10/2011	Loi n°2011-1117	Loi de finances rectificative pour 2011 (article 9 : fixant le montant de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à 7 % pour les contrats responsables et 9 % pour les contrats non responsables)	Parlement	19/09/2011	20/09/2011 – JORF n° 0218
01/10/2011	Arrêté	Portant modification de l'annexe au décret n° 2008-778 du 13 août 2008 relatif à la fourniture du gaz naturel au tarif spécial de solidarité	Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale et le ministre auprès du Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, chargé de l'énergie et de l'économie numérique	22/12/2011	24/12/2011 – JORF n° 0298

Date d'application	Statut et références du texte	Libellé / Contenu	Organisme émetteur	Date de signature du texte	Publication
01/01/2012	Loi n° 2011-1906	Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 Article 55 : institution d'un « label ACS » afin d'améliorer le contenu des contrats de complémentaire santé, en particulier, ceux souscrits par les bénéficiaires de l'ACS Revalorisation du plafond d'attribution de l'aide complémentaire santé (le plafond est fixé à + 35 % au-dessus du plafond CMU-C)	Parlement	21/12/2011	22/12/2011 JORF n° 0296
01/01/2012	Décision	Portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la couverture maladie universelle au titre de l'année 2012	Fonds CMU	05/01/2012	15/02/2012 – BO Santé protection sociale solidarité n°1
01/01/2012	Décret n° 2012-309	Relatif à l'automatisation des procédures d'attribution des tarifs sociaux de l'électricité et du gaz naturel	Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie	06/03/2012	07/03/2012 JORF n° 0057

▲▲▲