

JUILLET 2010 **R**éférences

N° 40

LA LETTRE DU FONDS DE FINANCEMENT
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Éditorial

Abondance de biens ne nuit pas. Ce vieil adage pourrait parfaitement s'appliquer au présent numéro de "Références", la revue trimestrielle du Fonds CMU, et j'avoue avoir longuement hésité pour choisir l'information qui aurait le privilège de figurer à la "une" de la première page. Il est vrai qu'au deuxième trimestre de chaque année, l'activité du Fonds CMU est particulièrement soutenue. Avec la réunion du Conseil d'administration en avril et du Conseil de surveillance en juin, nous avons été amenés à présenter et publier trois rapports qui, pour être traditionnels, n'en sont pas moins importants et riches d'enseignements.

Le rapport d'activité 2009 fait apparaître la stagnation, malgré la crise économique, des bénéficiaires de la CMU-C, il montre aussi l'explosion de la CMU de base.

Le rapport sur le prix et le contenu des contrats ACS, confirme que la prise en charge des contrats souscrits avec l'aide de l'ACS se situe encore à la moitié de la valeur des contrats, mais, grâce à la nouvelle classification utilisée, le niveau des contrats ACS apparaît nettement en retrait par rapport aux autres contrats. Le risque de déception des souscripteurs est un facteur qu'il faudra prendre en compte. Dans ce document une analyse de l'évolution du nombre des bénéficiaires semble montrer que nous avons atteint un palier, tant en nombre d'attestations délivrées qu'en nombre d'attestations utilisées. D'ailleurs pour la première fois le nombre des attestations utilisées diminue, certes légèrement, entre le 28 février 2010 et le 30 novembre 2009.

Le rapport sur la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C montre que la CMU-C, complémentaire santé de bon niveau, n'est ni coûteuse en valeur absolue, ni facteur de dérive en évolution.

S'agissant du chiffre d'affaire des OC, les résultats du 1er trimestre dégagés par l'exploitation des bordereaux du 30 avril, feraient apparaître une croissance modérée, sans doute inférieure à + 4%. Il est prématuré de faire une exégèse de cet élément qui méritera d'être confirmé, ou non, sur le deuxième trimestre. Il est vrai que l'apparition de la contribution exceptionnelle au titre de la grippe H1N1, a compliqué l'exploitation des données.

Enfin je ne saurais me priver du plaisir de noter que le Fonds CMU dégage un résultat excédentaire sur l'exercice comptable 2009. Cette situation est suffisamment rare dans le monde de la protection sociale pour être soulignée.

Jean-François CHADELAT

Inspecteur Général des Affaires Sociales
Directeur du Fonds CMU

L'ACS : des éléments nouveaux

Enquête 2009 sur le prix et le contenu des contrats ACS

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 (Aide complémentaire santé). Cette enquête contribue à l'élaboration d'un panorama des contrats de complémentaire santé.

L'étude 2009 est particulièrement représentative car basée sur la réponse de 59 OC (organismes complémentaires) couvrant 66% des bénéficiaires de l'ACS (205 000 contrats et près de 333 000 bénéficiaires).

Fait marquant cette année : l'adoption de la classification des contrats de couverture complémentaire santé utilisée par la DREES (en quatre catégories de "A" à "D", des plus couvrants au moins couvrants). Il est désormais possible d'établir des comparaisons entre les chiffres publiés par le Fonds CMU sur les "contrats ACS" et les chiffres publiés par la DREES dans sa publication "Études et résultats" sur les contrats complémentaires modaux, individuels et collectifs.

Pour plus de précisions sur les résultats, le rapport est disponible sur le site du Fonds CMU : www.cmu.fr / La Documentation CMU / Etudes et rapports / Fonds CMU / Prix et contenu des contrats ACS / Rapport 2009 sur le prix et le contenu des contrats ACS.

Synthèse des principales données

Parmi les OC enquêtés, chaque contrat couvre en moyenne 1,6 personnes. Les contrats couvrant une seule personne représentent 74% des contrats et 45% des bénéficiaires.

Le prix annuel moyen du contrat est de 764 €. L'ACS prend en charge 50% du prix de la complémentaire santé. Le dispositif laisse à la charge des foyers bénéficiaires 389 € par an en moyenne par contrat, montant qui représente 4% de leur revenu annuel. Ce pourcentage correspond au "taux d'effort" de ces ménages pour acquérir leur complémentaire santé.

Les différentes études disponibles montrent que le taux d'effort diminue avec l'augmentation du revenu. Dans ce contexte, il ressort que le taux d'effort après application de l'ACS rejoint celui des cadres et professions intellectuelles situé autour de 4% en moyenne.

Néanmoins, la charge reste conséquente pour les ménages bénéficiant de l'ACS puisqu'un peu moins d'un demi-mois de revenu annuel (un mois hors ACS) est nécessaire pour financer leur complémentaire santé. Reste à charge et taux d'effort sont calculés par rapport à l'acquisition d'une complémentaire santé. Or, il est essentiel de garder à l'esprit que la complémentaire santé peut en outre laisser elle-même à la charge des ménages des dépenses de santé non remboursées, non négligeables, notamment au regard des dépassements pratiqués.

Mesure de l'impact sur le prix des contrats des différents facteurs étudiés

Elle conforte les conclusions tirées des précédentes études :

- Impact de la taille de la famille

Le prix moyen pour un contrat passe de 648 euros pour une personne à 1 462 euros pour sept personnes et plus. Le passage de une à deux personnes couvertes amène une augmentation se situant autour de 65% du prix du contrat. Cette augmentation décroît ensuite régulièrement à mesure que le nombre de personnes couvertes augmente (25% de 2 à 3 personnes etc.).

Le taux d'effort et le taux de reste à charge décroissent avec la taille de la famille, les déductions augmentant plus vite que le prix. Par conséquent, l'ACS favorise nettement les familles, et plus particulièrement les familles nombreuses.

- Impact de l'âge des bénéficiaires

Les analyses conduites sur les contrats couvrant une personne (on ne connaît que l'âge du souscripteur) montrent que le prix est bien une fonction croissante de l'âge. Le montant moyen passe donc de 285 euros pour les 16-24 ans à 913 euros pour les 80 ans et plus.

La hausse est assez linéaire avant 60 ans (entre 15% et 20% environ par tranche de 10 années). Elle est plus marquée entre la classe des 50-59 ans et celle des 60-69 ans et plus (+ 25%) puis elle est divisée par deux pour les "70-79 ans", puis environ par trois pour les "80 ans et plus".

Le taux d'effort part de 2% pour les "25-29 ans" et culmine à 6,5% pour les "80 ans et plus". C'est pour ces ménages que le poids de la complémentaire santé par

Suite page 2

Suite de la page 1

rapport à leur revenu est le plus lourd. Ils bénéficient en effet d'un montant d'ACS égal à celui des "60-69 ans", mais supportent des niveaux de primes ou cotisations sensiblement plus importants.

Une simulation en année pleine de l'impact des mesures de réévaluation intervenues en 2009 (passage de 400 € à 500 € pour les 60 ans et plus), montre une amélioration de la situation des plus âgés, leur situation relative demeurant cependant la moins favorable.

Comparaison des niveaux de garantie

Le recours à la classification DREES dans le cadre du rapport 2009, montre des niveaux de garanties nettement moins élevés pour l'ACS que pour les contrats individuels en général. 37,5% des contrats ACS se trouvent en classe D.

Le prix du contrat augmente avec le niveau de garantie mais l'impact de cette variable est sensiblement plus faible que celui de la taille de la famille et dans une moindre mesure, de celle de l'âge. □

Point de situation sur les aides supplémentaires (données CNAMTS)

Les dispositifs locaux de complément au dispositif légal ACS et "effet de seuil ACS" mis en place par les Cnam se développent sensiblement entre 2008 et 2009.

La dépense totale 2009 sur les deux types de dispositifs est de 18,5 millions d'euros, soit une progression de + 81% par rapport à 2008 : 14 millions d'euros pour le "complément ACS" (108 570 assurés), 4,5 millions d'euros pour l'"effet de seuil ACS" (20 055 assurés). 47 caisses proposent les deux dispositifs, 41 caisses le seul dispositif "complément ACS", 17 caisses le seul dispositif "effet de seuil ACS".

S'agissant des dispositifs "effet de seuil", les niveaux de ressources les plus observés sont : plafond CMU +30% (27% des Cnam), plafond CMU +40% (12,5% des Cnam) et barèmes appliqués pour l'allocation des prestations supplémentaires et des aides financières individuelles de la dotation paramétrique (22% des Cnam). Avec des montants moyens respectifs de 129 euros et 224 euros, ces aides réduisent d'autant le "taux d'effort" des bénéficiaires concernés. □

Suite de la CMU en chiffres

Les bénéficiaires de la CMU de base

Avec 2 139 279 bénéficiaires au 31 mars 2010, les effectifs de la CMU de base ont progressé de + 4,7% depuis décembre 2009.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU de base au 31 mars 2010 *

	Métropole	DOM	Total
Régime général	1 824 982	314 297	2 139 279

Source CNAMTS

* Données provisoires

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU de base du 31 mars 2009 au 31 mars 2010*

	Métropole	DOM	Total
Régime général	+ 25,2%	+ 5,9%	+ 21,8%

* Données provisoires □

L'ACS en chiffres

Une reprise sensible du nombre de bénéficiaires de l'aide début 2010

À la fin de l'année 2009, on assiste à un début de redressement du nombre de bénéficiaires de l'aide, nettement confirmé sur le début de l'année 2010.

	Nombre de bénéficiaires de l'aide
Novembre-09	46 309
Décembre-09	49 377
Janvier-10	50 107
Février-10	53 958
Mars-10	60 397
Avril-10	49 077

(données mensuelles Cnamts)

Le mois de mars 2010 constitue un point culminant depuis la création du dispositif : + 32% par rapport à la moyenne 2009. Malgré une inflexion du nombre de bénéficiaires de l'aide, le mois d'avril 2010 demeure en augmentation de près de 20% par rapport au même mois un an plus tôt.

Il semblerait donc que l'on assiste à une reprise de la montée en charge du dispositif, mais qui devra être confirmée sur les prochains mois.

S'agissant de l'utilisation des attestations par les bénéficiaires, le nombre de personnes concernées, selon les déclarations des organismes complémentaires reçues au Fonds CMU, s'élève à 493 419 au 28 février 2010, en très légère diminution par rapport au trimestre précédent (- 1,6%) mais en augmentation de 6% par rapport à février 2008 (évolutions respectives + 0,3% et + 13,4% sur le trimestre précédent). On assiste donc à une stabilisation du nombre d'utilisateurs d'attestations.

Le rapprochement entre le chiffre des bénéficiaires de l'aide et celui des utilisateurs conduit à un taux d'utilisation très élevé, situé autour de 80%. □

La CMU en chiffres

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire

Avec 4 227 500 bénéficiaires, les effectifs à fin mars 2010 sont presque équivalents à ceux de mars 2009, mais ils ont évolué de + 1,1% par rapport à décembre 2009.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C au 31 mars 2010*

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	3 297 308	536 322	3 833 630	539 494
Régime social des indépendants	196 285	10 413	206 698	41 982
Régime agricole	108 931	12 116	121 047	20 588
Autres régimes et SLM	66 125		66 125	17 993
Total Mars 2010	3 668 649	588 851	4 227 500	620 057

Sources : tous régimes

* Données provisoires – Au RSI, la prise en compte de rectifications inter régimes en cours pourrait déboucher sur un abattement de – 6%.

Évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C du 31 mars 2009 au 31 mars 2010*

Régime d'attribution	Métropole	DOM	Total	Dont OC
Régime général	+ 0,4%	- 4,6%	- 0,3%	+ 5,3%
Régime social des indépendants	+ 7,9%	- 4,0%	+ 7,2%	+ 15,3%
Régime agricole	- 3,9%	0,0%	- 3,5%	+ 9,5%
Autres régimes et SLM	- 2,1%		- 2,1%	+ 0,4%
Total	+ 0,6%	- 4,5%	- 0,1%	+ 5,9%

* Evaluation □

Dépense individuelle moyenne des bénéficiaires de la CMU-C, pour la part complémentaire

Au 31 mars 2010, pour la CNAMTS, la dépense individuelle pour la part complémentaire est de 422 €, en trésorerie, année complète mobile, métropole et DOM. En métropole, elle est de 429 €, dont 313 € pour la ville. L'évolution du coût unitaire pour la ville est de +2,7%, ce qui reste inférieur au taux de 3,0% de l'ONDAM pour la même rubrique.

	Dépenses 12 derniers mois	Indices ACM *	Coût unitaire **	Évolution du coût unitaire
Ville	1 043 084 117 €	+ 1,1%	311,62 €	+ 2,7%
Hôpital	369 914 175 €	+ 1,0%	110,51 €	+ 2,6%
Total	1 412 998 291 €	+ 1,0%	422,13 €	+ 2,7%

* ACM : année complète mobile

** Coût unitaire : rapport entre la dépense totale et l'effectif moyen annuel des ressortissants de la CNAMTS et des SLM : 3 347 287

Source CNAMTS □

La CMU-C en analyse

Le rapport sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire en 2008 et 2009

Pour le régime général, qui gère les dossiers de plus de 80% des effectifs, le coût moyen 2008 définitif par bénéficiaire de la CMU-C en métropole est de 414 € et se situerait autour de 426 € en 2009 (en droits constatés).

L'évolution de la dépense individuelle globale entre 2007 et 2008 est de + 2,3%. Pour la dépense de ville, elle est de + 2,1%, ce qui reste inférieur aux + 2,7% de l'ONDAM ville.

Tout comme les années précédentes, les bénéficiaires de la CMU-C de la CNAMTS ont une dépense supérieure de 10 à 30% par rapport à la dépense des personnes dont les dossiers sont gérés par les autres régimes ou par les organismes complémentaires. Le Fonds CMU a d'ailleurs engagé, pour 2010, une série d'études avec différents partenaires, afin de mieux sérier les profils et les pratiques des bénéficiaires consommateurs.

Le coût moyen au RSI reste le plus faible, il est de 319 €, en métropole, en 2008 avec une évolution inférieure à 1%. Celui de la CCMSA, avec 382 € en métropole, se place dans une position intermédiaire.

Avec un montant moyen de 362 €, les organismes complémentaires se situent entre le RSI et la CCMSA. Mais l'augmentation de + 3,6% entre 2006 et 2007, marque une évolution plus rapide que celle des régimes. Ce sont les prestations hospitalières et les honoraires dentaires qui y participent le plus fortement.

La dépense de ville représente 73% pour la CNAMTS et autour de 80% pour le RSI, la CCMSA et les OC. La part des forfaits journaliers d'hébergement dans la dépense est plus importante pour la CNAMTS.

Pour mémoire, les montants forfaitaires par bénéficiaire, remboursés par le Fonds CMU aux organismes, sont de 340 € en 2008 et de 370 € en 2009. Sauf pour le RSI, ces montants sont inférieurs à la dépense moyenne. □

2009. Ce chiffre est en légère décroissance malgré le contexte de crise financière et économique. Au niveau de la répartition des bénéficiaires par régions, il convient de noter la forte proportion de bénéficiaires dans les départements d'Outre-Mer (31% de la population).

Les effectifs de l'ACS sont stables. A la fin de l'année 2009, 600 336 bénéficiaires se sont vus délivrer une attestation de droits par les caisses d'assurance maladie, soit une hausse de 0,62% par rapport à l'année 2008.

Le taux d'utilisation des attestations ACS reste important, à hauteur de 80% environ.

L'ACS prend en charge la moitié du montant de la cotisation annuelle d'une complémentaire santé. Les fonds d'action sanitaire et sociale complètent cette aide dans la majorité des caisses d'assurance maladie. À noter toutefois : les personnes bénéficiaires de l'ACS souscrivent des contrats globalement de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels.

Les effectifs de la CMU de base ont franchi la barre des 2 millions de bénéficiaires, soit une hausse de 40% entre décembre 2008 et décembre 2009 en raison essentiellement de l'impact des évolutions réglementaires relatives aux nouvelles règles de gestion des droits.

L'évolution des dépenses de la CMU-C est encore inférieure à celle de l'ONDAM. La CMU-C n'est donc pas onéreuse pour la collectivité et les dépenses ne dérapent pas. (cf. supra "rapport sur la dépense de CMU-C par bénéficiaire en 2008 et 2009")

En ce qui concerne le non recours à la CMU-C, il est souligné qu'un tiers des bénéficiaires de la CMU de base au titre du RMI/RSA "socle" ne fait pas valoir ses droits à la CMU-C.

Le chiffre d'affaire des organismes complémentaires est en hausse de 5,87% en 2009.

Au 1^{er} janvier 2009, rappelons que la contribution des organismes complémentaire sur leur chiffre d'affaire santé est passé de 2,5% à 5,9%. Des rectifications ont d'ailleurs été apportées sur les chiffres d'affaires déclarés, un petit nombre d'organismes complémentaires ayant réalisé des transferts d'opportunité entre le 4^e trimestre 2008 et le 1^{er} trimestre 2009.

S'agissant des comptes du Fonds CMU, il convient de souligner que 83 millions d'euros ont été reversés à la CNAMTS en 2009 et qu'un excédent de 19 millions d'euros a été dégagé au titre de l'exercice 2009.

Un mémento présentant les chiffres clés de la CMU et de l'ACS à fin décembre 2009 est joint au rapport d'activité. □

Pour plus de précisions, le rapport est disponible sur le site du Fonds CMU : www.cmu.fr / La Documentation CMU / Etudes et rapports / Fonds CMU / Les rapports d'activité / Rapport d'activité 2009. □

La gestion des droits à l'assurance maladie

La réduction de la durée des droits et du maintien de droits de quatre ans à un an (décret n°2007-199 du 14 février 2007) a eu pour effet de faire augmenter fortement le nombre d'assurés avec des droits à justifier. Leur volume est passé de 7,2% fin 2008 à 10,3% fin septembre 2009, soit 3,6 millions d'assurés du régime général.

Conformément à la réglementation, l'absence de droits n'a pas eu de conséquence sur les remboursements, d'autant plus que, dans la grande majorité des cas, les droits existaient à un titre ou à un autre. Sur ce point, rappelons qu'à l'issue de la période de maintien de droits, l'assuré qui ne peut bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie à un autre titre, peut être affilié à l'assurance maladie au titre de la CMU de base.

L'augmentation très importante des effectifs de la CMU de base (cf. page 2) est donc une des conséquences directes de la mise en œuvre des nouvelles règles de gestion des droits.

Afin de permettre un apurement des situations, des mesures transitoires de conservation des droits proposées par la CNAMTS ont été acceptées par les ministères de la santé et du budget.

Les assurés dont les droits arrivaient à échéance le 31 décembre 2009 bénéficient donc d'un maintien exceptionnel de leurs droits jusqu'à la fin de l'année 2012. Ces assurés devront toutefois faire l'objet d'un suivi spécifique. Par ailleurs, il a été demandé à la CNAMTS de renforcer dès 2010 "sa démarche active d'affiliation de ses assurés".

Il convient de préciser que les droits ont été maintenus sur la base des droits ouverts antérieurement, sans basculement vers la CMU de base qui devrait donc connaître une diminution de ses effectifs.

Le Fonds CMU souligne l'importance de ces mesures transitoires mais s'interroge néanmoins sur la situation des personnes arrivant en fin de droits depuis le 1^{er} janvier 2010 et note le risque de constitution d'un nouveau stock. □

Actualité

Le rapport d'activité 2009 du Fonds CMU

Les effectifs de la CMU-C s'établissent à 4 173 017 bénéficiaires au 31 décembre

Fréquence OC

Le nouveau bordereau de déclaration de contribution au financement de la CMU-C

Les articles 10 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 et 96 de la loi n°2009-1674 du 30 décembre 2009 de finances rectificative pour 2010 ont institué en 2010, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie, une contribution exceptionnelle à la charge des organismes complémentaires dans le cadre de leur participation à la mobilisation nationale contre la pandémie grippale.

Le taux de cette contribution exceptionnelle a été fixé à 0,77%.

Le formulaire de déclaration (Cerfa n° 11489) a été adapté pour permettre le décompte de la contribution exceptionnelle due par les organismes complémentaires (ligne E du bordereau déclaratif).

Ce bordereau est adressé dans les conditions habituelles aux URSSAF avec copie au Fonds CMUC (article R.862-11 du Code de la sécurité sociale) le dernier jour du mois suivant le trimestre civil (30 avril, 31 juillet, 31 octobre et 31 janvier).

Sur l'échéance du 1^{er} trimestre 2010, près de 18% des bordereaux réceptionnés par le Fonds CMU présentaient des anomalies (bordereaux sans la ligne relative à la contribution exceptionnelle, bordereaux avec la ligne relative à la contribution exceptionnelle mais non remplie, bordereaux avec une assiette de contribution différente entre la ligne A et la ligne E...).

Le manque d'information et le retard dans la mise à disposition des formulaires

semblent être à l'origine de cette situation. Des contacts ont d'ores et déjà été pris avec l'ACOSS pour améliorer et anticiper la communication auprès des URSSAF et des organismes complémentaires. □

Textes à la Une

Le tiers-payant social pour les bénéficiaires de l'ACS

Le règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie en l'absence de convention médicale a été approuvé par arrêté du 3 mai 2010. Il reconduit en grande partie les dispositions de la convention médicale du 12 janvier 2005.

Concernant les bénéficiaires de l'ACS, l'article 4 de ce règlement reprend les dispositions de l'article 1^{er} de l'avenant 8 de la convention précitée : les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés de faire l'avance des frais, sur la part obligatoire, pour les soins réalisés dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, et ce pour une durée de dix-huit mois à compter de la date de remise de l'attestation de droit par la caisse d'assurance maladie.

Ce droit au tiers payant est accordé à toutes les personnes en possession d'une attestation de droits, y compris si ce bénéficiaire n'a pas souscrit de contrat de complémentaire santé.

Par ailleurs, cet article instaure la possibilité pour la caisse d'assurance maladie, si l'assuré le souhaite, d'informer le médecin traitant et les autres médecins désignés par ses soins du fait qu'il bénéficie de ce droit au tiers

payant. L'article 5 étend cette possibilité d'information pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire. □

Ils se sont réunis

Conseil d'administration

Le conseil d'administration du Fonds, réuni le 14 avril 2010, sous la présidence de Michel Thierry (IGAS), a adopté le rapport d'activité et le compte financier du Fonds pour 2009. Depuis le 1^{er} janvier 2009, conformément à la règle de non contraction des recettes et des dépenses, les comptes du Fonds CMU retracent en produit la contribution brute des OC et en charge les déductions de CMU-C et d'ACS opérées par les OC.

Le budget total du Fonds s'élève à 1 851 M€ et sa situation financière au 31 décembre 2009 est positive de + 101 M€. □

Conseil de surveillance

Le conseil de surveillance du Fonds s'est réuni le 9 juin 2010, sous la présidence de Jean-Marie Rolland, député de l'Yonne. Après avoir rendu un avis favorable, le rapport d'activité 2009 sera prochainement 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 au prix et au contenu des contrats ayant bénéficié de l'ACS en 2009 et de celui sur les coûts moyens des dépenses de CMU-C par bénéficiaire en 2008 et 2009. □

Références



LETTRE D'INFORMATION ÉDITÉE PAR LE FONDS DE FINANCEMENT
DE LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE

Adresse : Fonds CMU - Tour ONYX - 10, rue Vandrezanne - 75013 PARIS

Téléphone : 01.58.10.11.90 - Fax : 01.58.10.11.99

Courriel : accueil@fonds-cmu.gouv.fr - Site : www.cmu.fr

Directeur de la publication : Jean-François Chadelat

Réalisation et impression : Ateliers J. HIVER - 156, rue Oberkampf - 75011 PARIS

ISSN : 1623-4936 Dépôt légal : Juillet 2010