

Paris, le 17 décembre 2004



COMMISSION EUROPEENNE  
DG Emploi, Affaires sociales & Egalité  
des chances

Direction E « Protection sociale et  
Intégration sociale »  
B – 1049 Bruxelles

A l'attention de Monsieur Jérôme VIGNON,  
Directeur

2004e113

DG EMPL - CAD A/1590

Date: 27/4/2005

CF: E

C:

**Objet :**

- Contribution de la Mutualité Française sur le questionnaire du CPS relatif aux services d'intérêt général sociaux

Monsieur le Directeur,

Nous vous prions de trouver ci-joint la réponse de la Mutualité Française au questionnaire du Comité de la Protection Sociale européen relatif aux services d'intérêt général sociaux.

La Mutualité Française représente 2500 mutuelles exerçant l'assurance santé complémentaire et l'assurance de prévoyance. Elles gèrent 2000 établissements sanitaires et sociaux qu'elles ont créés et qui pratiquent ces métiers selon la forme mutualiste. En conséquence, la réponse au questionnaire s'applique à donner des informations concrètes pour l'ensemble des activités mutualistes comme elles sont précisées en préalable.

En répondant à cet exercice, nous avons voulu exposer comme principe certains éléments :

- La mission d'intérêt général ne peut pas être considérée comme une mission de service public. La loi en France établit par ailleurs une distinction sans pour autant que la mission d'intérêt général soit définie en tant que telle. La mission d'intérêt général peut être en effet régulée par l'Etat, parfois financée, mais elle est aussi le fait statutaire et démocratiquement accepté par la communauté de ceux qui composent l'organisme à vocation sociale sans but lucratif. Il pallie le plus souvent les insuffisances ou complémentarise l'action des pouvoirs publics.
- En ce sens, le système de protection sociale français, composé de différents acteurs dont les fondements organisationnels, et les principes les régissant, participent de la même logique : solidarité entre les personnes, par une non-sélection, non-exclusion, non-paiement en fonction du risque représenté.
- A cet égard, les mutuelles exerçant dans le domaine de l'assurance maladie complémentaire participent de ce système, que ce soit à titre collectif ou individuel, puisqu'elles permettent 59 % des 92 % de la population couverte par une assurance maladie complémentaire, d'accéder aux soins de santé. Son rôle a été reconnu à l'occasion de la mise en place de la CMU, et cette reconnaissance réitérée à l'occasion de la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004.

FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

255, RUE DE VAUGIRARD.  
75719 PARIS CEDEX 15  
TÉL. : 01 40 43 30 30 / FAX : 01 40 43 30 03  
www.mutualite.fr

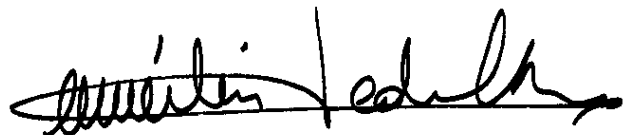
RÉGIE PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ  
R.N.M. N° 304 426 240 - RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

- Les mutuelles sont aussi des acteurs majeurs dans les domaines de la santé et du médico-social. Elles exercent ces activités par un maillage serré du territoire et sont donc des précurseurs, véritables vigies et « continuateurs » de l'intérêt général.
- Enfin, l'offre des mutuelles situe avant toute chose l'individu au cœur de son activité, pour lequel et avec qui se conçoivent les services pour tous les aspects de sa vie. C'est la raison pour laquelle les mutuelles font perdurer, et se sont battues en ce sens, pour que la législation qui les régit reconnaisse en son premier article le rôle et les missions suivantes : « une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. ».

C'est à cette seule fin que les mutuelles sont créatrices de nouveaux services et maintiennent dans leur champ des activités qui ont été initialement créées par ces organisations.

Nous souhaitons que cette contribution, bien que non exhaustive, retienne votre attention. Nous avons le sentiment que, à bien des égards encore, les missions naturelles d'intérêt général par les mutuelles sont encore à promouvoir.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de nos salutations distinguées.



**Cornélia FEDERKEIL-GIROUX**  
**Responsable du Département Europe**



**SERVICES D'INTERET GENERAL SOCIAUX**

**CONTRIBUTION DE LA MUTUALITE FRANÇAISE**  
**Au questionnaire du CPS**

**Paris,  
13 décembre 2004**

FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

255, RUE DE VAUGIRARD,  
75719 PARIS CEDEX 15  
TÉL. : 01 40 43 30 30 / FAX : 01 40 43 30 03  
[www.mutualite.fr](http://www.mutualite.fr)

RÉGIE PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ  
R.N.M. N° 304 426 240 RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE



## Services d'intérêt général sociaux Questionnaire

### Remarques introductives

Dans le Livre blanc sur les services d'intérêt général (SIG), la Commission a annoncé une Communication particulière en matière de SIG sociaux, y compris les services de santé. Une collaboration étroite entre les Etats membres par le biais du CPS et du Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux (appelé ci-après "Groupe de haut niveau") était expressément envisagée. Le présent questionnaire a pour but de collecter les données du CPS et du Groupe de haut niveau pour la préparation de la Communication.

Rappelons que la préparation de la Communication, à laquelle le présent questionnaire contribue, ne peut se substituer aux activités en cours dans des domaines particuliers et à différents niveaux. Dès lors, la position des SIG sociaux par rapport

- au projet de Directive concernant les services dans le marché interne doit être examinée au sein de la structure adéquate du Conseil;
- à l'ensemble des aides publiques projetées suite à l'arrêt Altmark de la CJE doit être examinée lors du processus de consultation entamé par la Commission;
- à l'évolution des interventions publiques en ce qui concerne les modèles de partenariat public-privé doit être examinée dans le cadre de la procédure de consultation entamée par la Commission dans le Livre vert à ce sujet.

Cet exercice n'étant qu'une première phase, il ne sera pas possible – en particulier compte tenu du champ d'action très vaste des différents SIG dans les Etats membres -- d'obtenir une description de tous les SIG sociaux dans l'UE sur la base des réponses au questionnaire. **Les Etats membres sont dès lors invités à sélectionner les domaines qui leur semblent les plus importants du point de vue de leur organisation nationale, et en particulier les domaines contenant des "zones d'ombre" non précisées dans le cadre légal de l'UE et sur lesquels les règles communautaires pourraient avoir un impact (par ex. sur la fourniture et le financement de ces services).**

Les secteurs suivants<sup>1</sup> pourraient entrer en considération pour répondre au questionnaire:

- Régimes légaux de protection sociale;
- Régimes complémentaires de protection sociale: protection des revenus;
- Services de santé et d'aide sociale;
- Aide aux familles: services d'accueil d'enfants;
- Services en vue de stimuler l'intégration sociale et d'assister les personnes en difficultés (par ex. sans-abri, toxicomanes, personnes handicapées, personnes atteintes de maladies mentales ou physiques);
- Logement social;
- Autres services qui pourraient entrer en considération dans le cadre du présent questionnaire (à savoir les services similaires aux services sociaux ou de santé ou liés à ceux dans le domaine de l'emploi: accès aux services de placement ou à l'enseignement et à la formation).

Un "Document de référence – Cadre légal" est joint au présent questionnaire. Ce document décrit les différents aspects légaux des règles communautaires qui pourraient avoir une incidence sur les SIG sociaux ou sur les évolutions futures de l'organisation des services offerts. Ces éléments ainsi que les développements futurs (par ex. la nécessité d'adapter les services aux besoins changeants des bénéficiaires, les contraintes budgétaires) pourraient être pris en considération par les Etats membres dans leurs réponses au questionnaire.

Il est demandé aux Etats membres de n'envoyer qu'une seule réponse coordonnée au questionnaire. Chaque Etat membre est libre de choisir la manière dont les réponses au questionnaire seront préparées et coordonnées. Il ne faut cependant pas perdre de vue que les partenaires sociaux et les ONG jouent un rôle important dans ce domaine. Les Etats membres pourraient dès lors envisager une participation des partenaires au niveau national.

Le questionnaire ci-après a pour but d'aider les Etats membres à communiquer toutes les informations pertinentes dans le domaine concerné. Il sert dès lors plutôt de guide pour les rapports nationaux, sans devoir obligatoirement avoir une réponse à toutes les questions. Par ailleurs, les questions dans les différents "Domaines" n'excluent pas des remarques additionnelles qui ne sont pas directement liées à une des questions, lorsque l'Etat membre estime qu'elles sont importantes. Les Etats membres sont priés de communiquer des informations globales dans la mesure du possible.

***Les Etats membres sont invités à envoyer leurs réponses au présent questionnaire pour le 15 décembre 2004 au plus tard à [Raymond.Maes@cec.eu.int](mailto:Raymond.Maes@cec.eu.int) (fax: 0032-2-2998085)***

---

<sup>1</sup> Il est clair que certains de ces domaines dépassent le cadre de la "protection sociale" au sens strict. Toutefois, des services d'enseignement, de formation ou de placement par exemple pourraient faire partie des services sociaux (par ex. formation professionnelle, rééducation professionnelle de personnes handicapées) ou pourraient présenter des similitudes avec la protection sociale qui pourraient justifier une discussion suite à la réponse au questionnaire. Les Etats membres sont totalement libres de décider des domaines dont ils souhaitent traiter en répondant au questionnaire.

## Services d'intérêt général sociaux Questionnaire

### Contribution de la Mutualité Française – 13 décembre 2004

#### PREAMBULE

*A titre de préambule à la réponse au présent questionnaire, il convient de revenir sur l'histoire du mutualisme, mouvement précurseur et indéfectiblement lié au système français de protection sociale<sup>2</sup>.*

*La démocratisation de l'accès aux soins, amorcée en France à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle grâce à l'essor des sociétés de secours mutuels, a été généralisée avec la création de la Sécurité sociale, en 1945.*

*Dès la moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, les sociétés de secours mutuels, ont permis « d'assurer des secours temporaires aux sociétaires malades, blessés ou infirmes, et de pourvoir à leurs frais funéraires ». Il s'agissait d'une adhésion volontaire et facultative. Dès cette époque, la différence entre Mutualité et assurances réside tant dans les champs d'intervention que dans la divergence des pratiques.*

*Dans le même temps, les mutualistes affirment leur attachement à l'éthique solidaire et à l'égalité des adhérents devant la cotisation et la prestation. La doctrine mutualiste ne conçoit la prestation reçue en service qu'à titre de contrepartie. En revanche, il est admis que l'adhérent a des devoirs et des obligations envers la collectivité et ne saurait à lui seul accaparer l'épargne collective.*

*En 1898, le législateur entreprend l'extension des services. A côté de la couverture traditionnelle des risques de maladie, vieillesse et deuil, les sociétés de secours mutuels pourront « accessoirement créer, au profit de leurs membres des cours professionnels, des offices gratuits de placement, et accorder des allocations en cas de chômage, à la condition qu'il soit pourvu à ces trois ordres de dépenses, au moyen de cotisations ou de recettes spéciales ». C'est donc bien l'être humain, dans toutes ses composantes, intégrité physique, et sociale qui est au centre des pratiques mutualistes.*

*Dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, les mutuelles s'engagent, dans des actions de prévention, ajoutant celles-ci aux prestations du traitement curatif.*

*En 1928, la Mutualité devient la cheville ouvrière du système d'assurances sociales. D'abord antinomiques, les systèmes obligatoires et facultatifs de la prévoyance sociale sont devenus complémentaires.*

*Au cours des années 30, forte de son expérience gestionnaire, la Mutualité travaille de concert avec les assurances sociales à la garantie des salariés les plus modestes, tout en laissant le champ libre aux compagnies commerciales pour couvrir les autres tranches de la population.*

*Avec la mise en place de la Sécurité sociale, en 1945, la Mutualité préférera défendre le maintien de l'acte volontaire de prévoyance. Le code de la sécurité sociale reconnaîtra*

---

<sup>2</sup> Les développements qui suivent doivent beaucoup à l'ouvrage de Pascale Toucas-Truyen, *Histoire de la Mutualité et des assurances*, Paris, Syros, 1998.

*néanmoins une exclusivité de principe aux organismes non-lucratifs pour ce qui concerne les prestations complémentaires.*

*Depuis lors, la Mutualité a confirmé l'élargissement de son action sociale, bien au-delà du simple rôle de complémentarité dans lequel elle s'était vue cantonnée en 1945. Par ses réalisations concrètes, elle a su accompagner les mutations démographiques et sociologiques : durée de la vie, tourisme, devenant particulièrement active sur le plan sanitaire.*

*Dans les années 60, des conventions signées avec les syndicats médicaux font bénéficier l'assuré de la pratique du tiers-payant.*

*Au cours des années 80, la baisse des prestations octroyées par la Sécurité sociale met les mutuelles devant un dilemme : faut-il augmenter les cotisations pour conserver le même niveau de prestations ou réduire les remboursements ? Le recul de la protection sociale obligatoire entraînant inévitablement l'accroissement des charges liées à la protection complémentaire, la Mutualité a dû choisir la solution la moins dommageable pour la qualité de la protection offerte à l'adhérent.*

*L'histoire du mouvement mutualiste montre assez que **le risque maladie se trouve depuis plus d'un siècle au centre de son action.** En l'érigeant au rang de prestation essentielle, les sociétés de secours mutuels du Second Empire puis de la III<sup>e</sup> République ont contribué à médicaliser les campagnes et, d'une façon générale, à améliorer l'état sanitaire d'une partie des classes populaires. Il s'agissait, par excellence, d'une prestation de proximité, qui entrainait dans les attributions de ces sociétés majoritairement organisées sur le mode territorial.*

*La mission sanitaire de la Mutualité s'est doublement confirmée, lors de la mise en place de la Sécurité sociale, dans le cadre de sa participation à la gestion de certains régimes de base et de la prise en charge de la complémentaire santé, notamment les soins ambulatoires.*

*En réalité, il ressort de ce bref historique, que le rôle des mutuelles dans la société en faveur de la personne tant dans sa caractéristique physique et physiologique que sociale, est essentiel. Les actions entreprises découlant de cet axiome, sont complémentaires les unes par rapport aux autres, et participent aux systèmes français de protection sociale qu'elles ont contribué à forger. Tout comme dans le système de Sécurité sociale, la solidarité, véritable axiome de la pratique mutualiste, permet d'éviter qu'une mesure discriminatoire soit prise à l'encontre des postulants : pas de sélection des risques, pas d'exclusion pour des motifs autres que le non-paiement de la cotisation, et surtout pas pour excès de dépenses médicales. Les mutuelles ne cherchent pas à offrir un contrat d'assurance qui, couvrant un risque, devrait impliquer le paiement d'une prime proportionnée à ce risque. Elles proposent, d'un point de vue général, l'adhésion à un système de solidarité, où chacun partagerait les dommages subis par la communauté des adhérents.*

*A l'instar des autres intervenants de la prévoyance sociale, la Mutualité prend en compte tous les paramètres qui influent sur la santé des hommes et ne néglige pas d'aborder le problème du coût des comportements risqués pour la collectivité.*

*Toutefois, alors que les assurances s'appuient sur la médecine prédictive pour justifier la segmentation des tarifs et reporter sur l'assuré la responsabilité de son risque, la Mutualité cherche à réduire le risque, voire à l'éliminer, par la mise en place d'une stratégie préventive globale. La prévention fait partie intégrante du dispositif mutualiste, puisque dès la loi du 1<sup>er</sup> avril 1898, l'ouverture d'œuvres sociales en faveur de leurs membres fut autorisée.*

*Par ailleurs, ce qui a été confirmé par l'ordonnance du 19 octobre 1945 portant statut de la Mutualité puis par la loi du 25 juillet 1985 réformant le code de la mutualité et l'ordonnance du 19 avril 2001 relative au code de la mutualité et transposant les directives européennes*

assurance. A leur apparition, ces œuvres sociales –devenues dans le code de la mutualité réalisations à caractère social, sanitaire, médico-social, culturel– avaient pour missions de satisfaire les besoins sanitaires et sociaux lorsque l'offre était insuffisante ou inabordable. Elles sont peu à peu devenues des valeurs de référence et ont acquis un poids économique leur permettant de peser, au moins localement, sur l'offre en jouant un rôle de modérateur des coûts de santé. La Mutualité Française dispose aujourd'hui du premier réseau sanitaire et social de France avec 2000 établissements et services (distribution de biens médicaux, sanitaire, médico-social, petite enfance...) et se fixe pour objectif d'apporter une offre de soins et de services de qualité au plus grand nombre et au meilleur coût possible.

Contrairement aux assureurs commerciaux qui pratiquent l'équité actuarielle et excluent donc les mauvais risques, les mutuelles n'ont aucun intérêt au désengagement de la protection obligatoire, qui ne peut qu'être synonyme d'un alourdissement supplémentaire de leurs charges dans la mesure où elles doivent supporter le coût de la solidarité.

Complémentaire du système obligatoire de protection sociale, la Mutualité l'est à bien des égards, et pas seulement en termes purement comptables pour le règlement du ticket modérateur. En effet, sa structure décentralisée lui permet de repérer de manière optimale les besoins sociaux.

Lorsque, comme dans le cadre de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie, les pouvoirs publics français invitent les assurés sociaux à ne pas épuiser les fonds de la Sécurité sociale, ils s'inscrivent dans une démarche de responsabilisation impulsée dès le XIX<sup>e</sup> siècle par les sociétés de secours mutuels auprès de leurs adhérents.

## Domaine 1 – Aperçu des SIG nationaux

### 1. Quelles sont les caractéristiques générales des SIG sociaux nationaux<sup>3</sup> en ce qui concerne par exemple les points suivants ?

- Organisation, forme et structure (géographique, structure de marché, niveau administratif);
- financement (par ex. cotisations, financement direct au moyen d'un budget gouvernemental, paiement d'une rétribution pour les services, dons de bienfaisance);
- prestataire de services (par ex. autorités nationales ou locales, entreprises publiques, partenariat public-privé, organisations bénévoles non marchandes, rôle des bénévoles, entreprises privées);
- définition des tâches/obligations (quelles sont ces tâches/obligations et comment sont-elles fixées, à savoir par contrat, par la loi, etc.);
- standards de qualité.

<sup>3</sup> Dans ce domaine, il est impossible de donner un aperçu de tous les différents aspects. Il pourrait ainsi être utile de classer les services dans des catégories comparables et de traiter ces catégories ensemble. Les Etats membres sont invités à se concentrer sur les services qui leur semblent importants ou au sujet desquels il existe la plus grande incertitude.

*1.1 Le fonctionnement des mutuelles : Les principes qui les régissent sont définis par la loi (code de la mutualité). Les modalités de mise en œuvre sont inscrites dans les statuts et le règlement qui doit être accepté par chaque adhérent. Les dispositions sont de nature législative et annexées à l'ordonnance n°2001-350 du 19 avril 2001. Des dispositions réglementaires sont également intégrées.*

*Six livres ou parties composent le code de la mutualité :*

- le livre I traite « des règles générales applicables à l'ensemble de mutuelles, unions et fédérations », quelle que soit la nature des activités exercées par ces organismes ;*
- le livre II est intitulé « Mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation, fixe des règles particulières » ;*
- le livre III est consacré aux « Mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion des réalisations sanitaires et sociales » ;*
- le livre IV traite des « relations avec l'Etat et les autres collectivités publiques », et de la solidarité financière entre les organismes mutualistes ;*
- le livre V précise le fonctionnement et les compétences de la Commission de contrôle des mutuelles ;*
- le livre VI, « dispositions d'applications », est relatif au régime des nullités.*

*En référence à ce qui est dit page 2 du document, les mutuelles en France exercent leur activité dans six des secteurs qui sont à prendre en considération :*

- Elles exercent par délégation (depuis 1947) la gestion du régime légal de sécurité sociale pour certaines catégories de population : pour les fonctionnaires depuis 1947, et depuis 1966 pour les professions indépendantes. Il en est de même depuis la seconde guerre mondiale pour les étudiants.*
- Elles peuvent exercer le métier d'assureurs de personnes au sens des directives communautaires. Toutefois, il faut noter que l'essentiel de leur activité dans ce domaine constitue l'assurance santé complémentaire que la législation essaie d'articuler avec les régimes obligatoires de sécurité sociale.*
- Au cœur de leur métier, et depuis 1898, elles ont créé des établissements sanitaires et sociaux qui procurent des services à leurs adhérents qui sont pour la majorité ouverts aux non-adhérents.*
- Elles ont depuis une vingtaine d'années développé des services d'aide aux familles*
- Enfin, il existe des établissements pour les personnes vulnérables : 300 établissements et services pour personnes âgées et 70 établissements pour personnes handicapées. Les établissements à vocation sociale sont une priorité de développement.*
- Actions en faveur du logement (Cf le document de présentation, annexé).*

*Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé. Elles ne poursuivent pas de but lucratif mais visent à la satisfaction des besoins de leurs adhérents. Elles sont gérées de manière démocratique : « Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants-droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide (dans des conditions prévues par leurs statuts) afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie » (article L 111-1, Définition et missions des mutuelles). L'adhérent bénéficie donc des services de la mutuelle, mais participe aussi à la prise de décision lors des assemblées générales.*

*Il convient de distinguer les mutuelles exerçant une activité d'assurance (mutuelles du Livre II du Code de la mutualité) de celle exerçant une activité sanitaire et sociale*

*(mutuelles du Livre III du Code de la mutualité). Il existe historiquement une grande diversité de mutuelles ouvertes à des catégories socioprofessionnelles ou fondées sur un bassin géographique déterminé. Leur origine locale continue d'assurer un maillage géographique serré qui permet ainsi de garantir une prestation au plus grand nombre de personnes y compris dans les zones rurales. Ceci est également vrai pour leurs services sanitaires ou sociaux. Les prestations peuvent être délivrées dans des zones péri-urbaines jugées difficiles mais dont la population vulnérable ou en marge est ainsi prise en charge.*

*1.2 En ce qui concerne leur mode de financement, les mutuelles exerçant l'assurance se financent principalement grâce aux cotisations de leurs membres. Elles n'ont pas de part sociale, ne sont détenues par aucun actionariat. Ainsi aucun actionnaire n'est rémunéré. Les conflits d'intérêt ne peuvent pas exister. Les choix qui sont faits en cas d'excédents le sont par la communauté des adhérents soit directement, soit par délégation au cours de l'assemblée générale.*

*Pour rappel, L. 111-1 dispose que « les mutuelles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres (...) ».*

*1.3 Prestataire de services*

*Les mutuelles exercent de nombreuses activités au cœur du système français de protection sociale, ainsi que nous l'avons rappelé en introduction. Elles les pratiquent conformément à des dispositions législatives, au domaine réglementaire ou bien selon leurs propres statuts. Ce sont des entreprises au sens communautaire du terme. Il convient également de rappeler que les militants bénévoles sont au nombre de 100.000 personnes.*

*1.4 Définition des tâches et obligations : Les mutuelles du Livre III qui assurent la gestion de réalisations sociales, sanitaires, médico-sociales, culturelles, mutualistes qu'elles ont créées ou reprises d'un tiers, peuvent participer au service public hospitalier (PSPH). Elles bénéficient dans ce cadre d'une délégation de gestion (de même que les mutuelles gérant le régime obligatoire de sécurité sociale pour certaines catégories de personnes). Sur les 71 établissements de soins regroupés dans une union au sein de la Fédération, 61 sont des établissements PSPH. A noter que ces réalisations n'ont pas de personnalité juridique autonome de la mutuelle.*

*Les mutuelles de fonctionnaires sont, pour partie, gestionnaires du régime obligatoire de sécurité sociale ; elles servent également des prestations dans le domaine de l'action sociale, qui sont complémentaires au statut des fonctionnaires ; tel est le cas des chèques vacances ou encore des aides au logement. Le Conseil d'Etat a confirmé la légitimité de la Mutualité Fonction Publique dans la gestion de prestations interministérielles délivrées aux agents des trois fonctions publiques.*

*La législation française organise les activités mutualistes, quel que soit le domaine. Des textes régissent l'assurance santé complémentaire, son statut fiscal, son rôle. A titre illustratif, on notera que l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie reconnaît le rôle nécessaire du régime complémentaire. En revanche, le législateur a conditionné les exonérations fiscales et sociales dont bénéficient les assureurs complémentaires au respect d'un cahier des charges de nature impérative pour remplir les conditions de ce contrat dit responsable.*

*S'agissant du domaine social et médico-social ou du secteur sanitaire, la législation française établit des règles d'autorisation, d'agrément, ainsi que des critères d'exercice, de qualité...*

Au-delà de ces « garanties » régulées, de nombreuses initiatives précurseurs de l'intérêt public ont été mises en place par les mutuelles pour répondre à leur objectif d'utilité sociale, qui est de permettre « l'accès de tous à des soins de qualité ». Il s'agit notamment de la mise en place du tiers payant, de politiques de santé publique, de formation, etc. En somme, on peut dire que les mutuelles sont, en France, les continuateurs naturels privés et non-lucratifs de l'intérêt général.

### 1.5 Standards de qualité

Dans le cadre des activités effectuées par les établissements sanitaires ou sociaux, médico-sociaux et culturels, les organismes mutualistes gestionnaires ont volontairement travaillé à la mise en place de démarches qualité qui seront opposables. A titre d'exemple, au-delà même de la loi, le référentiel mutualiste pour les personnes âgées et handicapées s'organise autour de 4 thèmes : un projet de vie personnalisé, la gestion du personnel, la mesure de satisfaction des personnes et la prévention des risques. **Les deux derniers thèmes sont propres au réseau mutualiste.** Une des actions clés est notamment la prévention des risques nosocomiaux ou bien encore des actions pilotes pour éviter le risque de iatrogénie. Ces actions ont des impacts en termes macro-économiques. Il s'agit de créer tous les éléments de prise en charge des problèmes de termes de responsabilité, qualité, soins et personnels.

En ce qui concerne les établissements hospitaliers mutualistes, l'on notera deux innovations majeures en termes de qualité et de prise en compte des besoins des patients.

➤ **Le PAQ Douleur** : programme d'assurance qualité de prise en charge de la douleur en médecine, chirurgie, obstétrique, personnes âgées et médecine physique et de réadaptation.

Objectifs :

- fournir aux personnels des établissements - après expérimentation- un kit de prise en charge de la douleur répondant aux dernières données de la science dans ce domaine
- sensibiliser tout le personnel sur la nécessité de prendre en charge la douleur
- assurer un suivi de la formation du personnel pour cette prise en charge
- évaluer la satisfaction des patients sur la prise en charge de leur douleur

Afin de pouvoir diffuser ces PAQ au-delà des établissements mutualistes, l'association Mut'douleur, dont le siège social est à la clinique la Sagesse à Rennes, a été créée en 2003. Elle a notamment comme objet social de diffuser les PAQ et d'assurer la formation des personnels. Des experts « douleur » travaillent pour l'association et assurent les formations : il s'agit de professionnels de santé organisés en binôme médecin/cadre infirmier.

➤ **La charte qualité** : il s'agit d'un ensemble de références auxquelles doivent souscrire les cliniques mutualistes avant d'afficher cette charte ( suite à une auto évaluation permettant d'apprécier leur adéquation aux critères élaborés ). Cette charte retient cinq éléments les différenciant des autres établissements hospitaliers :

- le baromètre de satisfaction des patients réalisés par IPSOS à l'attention de la majorité des établissements,
- le PAQ douleur,
- assurer la continuité de la prise en charge,
- une personne référente pour chaque hospitalisé qui le souhaite,
- assurer des rencontres usagers.

2. **Veillez préciser si ces caractéristiques sont susceptibles d'évoluer et de se modifier au cours des prochaines années et si oui de quelle manière, ceci du point de vue de la modernisation de ces services (compte tenu de l'évolution des besoins des utilisateurs, des standards de qualité et de l'efficacité (financière))**

*Compte tenu des contraintes issues du droit communautaire des assurances en termes financiers, les mutuelles exerçant l'assurance complémentaire maladie sont appelées à se concentrer pour faire face notamment à l'augmentation des exigences de marge de solvabilité. Le mouvement est d'ores et déjà engagé. Sur les 1400 mutuelles membres de la Mutualité française exerçant l'assurance maladie complémentaire, 700 mutuelles ont, comme le code de la mutualité les y autorise, fait le choix d'être substituées par une mutuelle qui porte le risque. Néanmoins, cette évolution permet toujours un maillage serré avec une continuité de services au plus près des personnes.*

*Pour ce qui concerne les établissements et services sanitaires, sociaux, à la famille, il n'y a pas eu de changements majeurs quant à leur nombre bien que les directives européennes d'assurance aient obligé les structures mutualistes à se scinder selon les activités exercées (assurances versus services et prestations en nature). On notera même une certaine croissance dans des secteurs plus nouvellement explorés par les mutuelles notamment ceux d'aide à la personne pour répondre aux besoins des personnes. A titre d'exemple, on peut citer la création des mutuelles destinées à la petite enfance, dont l'objet est d'assurer un relais d'assistantes maternelles qui pratiquent la redistribution financière, permettant ainsi que ce mode de garde soit pour les familles identique à un coût identique à celui pratiqué par une garde collective. Ceci a pu être possible grâce à l'implication financière des communes où résident les parents. Autre exemple, la création de crèches 24/24 qui permettent aux parents de pouvoir exercer des activités professionnelles et dont les horaires sont hors des plages horaires classiques des établissements recevant la petite enfance. Un tel dispositif peut permettre à des personnes de trouver ou retrouver un emploi.*

*Le nombre d'établissements de soins hospitaliers mutualistes continue à progresser.*

*La croissance inéluctable de la mobilité transfrontalière a des conséquences sur l'activité des mutuelles quant au niveau de remboursement, ou à la prise en charge elle-même des patients. La mise en place de la carte européenne d'assurance maladie qui, bien qu'elle représente une avancée significative dans le domaine de la santé au niveau européen, ne sera pas sans générer des coûts supplémentaires pour les mutuelles.*

3. **Existe-t-il des exemples de SIG sociaux qui utilisent des mécanismes de marché pour accomplir leurs tâches; que peut-on apprendre de ces expériences ?**

*Les mutuelles du Livre II sont considérées comme des entreprises et sont soumises intégralement au droit communautaire. Elles exercent leur métier sur un marché concurrentiel. Elles représentent 59% de part de marché de l'assurance maladie complémentaire. A cet égard, selon les données à notre disposition, 92% de la population française détient une assurance complémentaire. Ainsi qu'il l'a été mentionné précédemment, les mutuelles n'ont pas de parts sociales, ni d'actionnaires à rétribuer. En contrepartie, leur développement ne peut se faire qu'en puisant dans leurs fonds propres.*

*L'accès au marché boursier est relativement récent avec l'émission de titres subordonnés et participatifs qui assurent les uniques moyens de financement.*

*Par ailleurs, nous insistons sur le fait que les mutuelles poursuivent un but exclusivement non-lucratif. C'est sur ce caractère que se sont fondées les mutuelles et que la protection sociale a pu être organisée en France, en garantissant aux personnes un régime obligatoire important, mais surtout complété par les assurances complémentaires dont les fondations sont les mêmes : justice sociale, cohésion, non exclusion, non sélection. L'impossibilité pour les systèmes obligatoires d'assurer toutes les dépenses et, en conséquence, l'évolution de la part des complémentaires laisse à penser que le système de protection sociale pour l'ensemble des citoyens ne pourra être maintenu que sur les fondements que nous venons de rappeler et avec la reconnaissance de ceux-ci pour les acteurs qui les mettent en œuvre. Les excédents peuvent, le cas échéant, permettre une évolution des prestations, des services, une nouvelle activité, une prise en charge supplémentaire, une baisse des cotisations (également par catégorie), une stagnation de celles-ci, si l'année est conjoncturellement plus difficile. Les décisions à cet égard sont prises à l'occasion de l'assemblée générale de la mutuelle.*

## Domaine 2 – Définitions de SIG sociaux

### 4. Existe-t-il au niveau national une notion ou une définition de SIG sociaux ou des services sociaux en général ?

*La notion d'intérêt général est en France aussi prestigieuse qu'imprécise. Très liée à la construction de l'Etat moderne, elle se définit surtout par opposition aux intérêts particuliers. Il n'existe donc pas en France de textes qui établissent une définition précise de la mission d'intérêt général. En revanche, certains textes de nature législative ou réglementaire disposent des éléments qui composent la gestion d'une mission de service public. C'est notamment le cas dans le domaine hospitalier. Certains textes font bien référence à la notion d'intérêt général.*

***La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** : cette loi ne fait pas de distinction entre opérateurs publics et privés à but lucratif ou non lucratif. Parmi les acteurs nécessaires, on notera que les acteurs du champ social et médico-social privés sont promus au rang de « développeur de l'intérêt général » au même titre que les acteurs publics et para-publics. Lorsqu'il s'agit pour les collectivités de s'appuyer sur des collaborations privées dans des missions particulières, la loi parle de « mission d'intérêt général et utilité sociale » et non de mission de service public. Il apparaît qu'en cas de missions d'intérêt général, l'organisme se définit lui-même comme à l'origine de son projet d'intérêt général et d'utilité sociale. Dans le cadre d'une mission de santé publique, c'est la collectivité publique qui est à l'origine de la commande et qui en assure le contrôle.*

*Par ailleurs, les **missions de Service Public Hospitalier** sont inscrites dans le code de la santé publique ainsi que dans des textes (circulaires), qui précisent notamment les missions sociales de ces établissements de santé et rappellent l'obligation de garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent à l'exclusion de toute pratique*

*discriminatoire. Les missions de SPH sont soumises au respect des quatre principes fondamentaux qui régissent le fonctionnement de tout service public : continuité, égalité, neutralité et mutabilité.*

*Dans le champ hospitalier également, on peut noter que la mise en œuvre de la T2A (la tarification à l'activité) est assortie d'un financement particulier des MIGAC (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), dont les contours ne sont pas précisés à ce jour, mais qui met sur un pied d'égalité pour son obtention tout type d'établissements.*

*Nous souhaitons bien mettre en exergue ce qui nous apparaît être une différence fondamentale entre la mission de santé publique, déléguée, concédée par l'Etat ou une collectivité territoriale, et la mission d'intérêt général qui ne découle pas forcément d'une mission, ni même d'une autorisation ou d'un agrément, mais qui est liée à des critères et principes qui peuvent être uniquement le fait de pratiques organisées par les opérateurs selon des principes de solidarité communément admis.*

*Au-delà des textes de niveau national, les perspectives des mutuelles sont forgées sur leur histoire, puisque les sociétés de secours mutuels ont été précurseurs des établissements et services offerts actuellement. Ces services aux personnes doivent réellement correspondre à un intérêt général pour la communauté mutualiste, mais bien au-delà pour l'intérêt général national. A titre d'exemple, la Mutualité Française a récemment signé une convention nationale pour la constitution d'un pôle d'excellence dans le secteur des services aux personnes, convention qui s'inscrit dans le plan de cohésion sociale initié par le gouvernement. Par ailleurs, ces services prévus par des chartes d'engagement de qualité, et des référentiels, des actions de prévention, la prise en charge exclusive des médicaments à SMR (service médical rendu) prouvé, doivent aider à la responsabilisation des patients et des citoyens.*

*Il convient également de rappeler que la référence à l'intérêt général est largement utilisée dans les 3<sup>e</sup> directives assurances (notamment article 54.3), sans pour autant que cette notion ait fait l'objet, dans l'un des documents de la Commission européenne, d'un début de définition des contours du concept.*

**5. Les SIG sociaux seraient différents d'autres SIG – Etes-vous d'accord avec cette affirmation ? Une analyse plus détaillée de ces différences éventuelles – en particulier par rapport aux services de réseau<sup>4</sup> – permettrait-elle d'obtenir plus de certitude ?**

*Oui. Comme le précise la Commission dans son Livre vert du 21 mai 2003, les services de réseau se distinguent des autres services d'intérêt général.*

*Les SSIG fondent leur action sur des principes de qualité, de disponibilité, d'égalité d'accès d'universalité, de prix raisonnables, de continuité. Néanmoins, ces principes ne sauraient être considérés que par le seul prisme du principe fondateur autour duquel ils sont mis en œuvre à savoir la solidarité. Nous précisons au point 6, les éléments qui sont constitutifs de la solidarité. Ainsi, du fait de leur spécificité, ils ne sauraient être concernés par les règles de la concurrence.*

---

<sup>4</sup> Dans ce contexte, il y a lieu de faire référence au document de travail de la Commission "Evaluation horizontale de la performance des services de réseau d'intérêt économique général" (SEC(2004) 866), qui donne un bon aperçu des différents objectifs et de la performance de ces services.

*Les services de réseau tels qu'évalués dans le document de travail de la Commission (SEC 2004 866), opèrent sur un marché déterminé. Ils sont tenus de promouvoir l'accessibilité et la qualité du service. Toutefois, il nous apparaît que l'objectif mis en avant par les institutions communautaires pour ce qui concerne l'ouverture des opérateurs de réseaux est la défense de l'ouverture des marchés à la libre concurrence pour la production des ces SIEG. Or, les services de santé ou sociaux ne sont pas des monopoles et exercent leur activité sur un marché mais selon des caractéristiques qui leur sont propres. Ainsi, dans le domaine de la santé, les risques couverts ne sont pas les mêmes et la possibilité pour le consommateur de comparer les services prestés est difficile en raison notamment de l'asymétrie et de l'accès à l'information.*

*En ce qui concerne les soins de santé et l'assurance maladie, l'accessibilité et la qualité sont des objectifs vitaux qui prévalent sur la notion de performance économique en principal.*

*Les caractéristiques des services sociaux d'intérêt général se réfèrent à cinq champs de finalité :*

- *Mise en œuvre des droits sociaux fondamentaux.*
- *Prise en compte de la vulnérabilité des usagers.*
- *Solidarité, protection sociale, cohésion sociale territoriale.*
- *Fonction de prévention et repérage précurseur des besoins sociaux et réparation.*
- *Prix selon une tarification sociale.*

**6. Si vous estimez qu les SIG sociaux sont différents d'autres SIG, précisez dans ce cas les éléments en vue d'une description au niveau européen des ces caractéristiques des SIG sociaux, compte tenu de la diversité des missions d'intérêt général liées aux services sociaux dans les Etats membres et des principes généraux<sup>5</sup>?**

*Les acteurs sociaux non-lucratifs ont dans tous les cas la préoccupation de veiller à l'accès de tous aux prestations qu'elles proposent quelle que soit la situation socio-économique et/ou géographique de chacun. Cela implique une solidarité effective entre les membres et les différentes catégories d'usagers.*

*Pour cela, les critères suivants peuvent être retenus :*

- *Absence de personnalisation des primes et de la prise en compte du risque. L'établissement de cotisation doit être basé sur des primes unitaires et non discriminatoires entre catégories de populations.*
- *Traitement identique des prestations qui ne peuvent varier qu'en fonction de critères limités et objectifs.*
- *Absence d'examen de santé préalable à la souscription afin d'éviter la seule sélection des bons risques.*
- *Mise en place d'une obligation de garantie viagère par l'opérateur d'assurance ou les assureurs successifs en cas de transfert de portefeuille.*
- *Mise en place d'un système de garantie contre la défaillance des opérateurs d'assurance afin de protéger les assurés.*

---

<sup>5</sup> Ces principes sont, entres autres, la qualité, la disponibilité, l'égalité d'accès, l'universalité, le prix raisonnable, la continuité, la participation et la transparence.

- *Incitation à participer au développement des actions de prévention et à la mise en œuvre d'une politique d'accès aux soins.*

*Dans l'Arrêt Poucet Pistre de 1993, la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) a exclu du droit de la concurrence les organismes concourant à la gestion du Service public de la Sécurité sociale, lesquels remplissent une fonction de caractère exclusivement social et exerçant une activité fondée sur le principe de solidarité nationale, dépourvue de tout but lucratif. Cette solution prenait en compte les éléments suivants :*

- 1. Affiliation obligatoire.*
- 2. Dans le régime d'assurance maladie et maternité, les prestations étaient identiques pour tous les bénéficiaires même si les cotisations étaient proportionnelles aux revenus.*
- 3. Les régimes excédentaires participaient au financement des régimes qui avaient des difficultés financières structurelles.*

*A défaut, le caractère économique ayant été reconnu à des activités, comme ce fut le cas dans l'arrêt COREVA en 1995, les arguments qui pouvaient également prévaloir, tels que la poursuite d'une finalité à caractère social, l'absence de but lucratif, les exigences de solidarité, les règles relatives notamment aux restrictions auxquelles l'organisme gestionnaire était soumis dans la réalisation de ses investissements n'ont pas été pesées de la même manière au regard des indices reconnus par la Cour, que sont l'affiliation facultative, la capitalisation, les prestations en fonction du montant des cotisations.*

*En conséquence, il nous apparaît que les principes exprimés par la Cour, dans un cas comme dans l'autre, mettent en évidence des fondamentaux qui devraient être clairement utilisés pour identifier, dans le domaine, des services sociaux au niveau communautaire, afin de permettre d'aider à clarifier sans incertitude ce qui relève ou non de l'intérêt général, quel que soit l'opérateur en hiérarchisant ses indicateurs (critères).*

*Il nous apparaît que la solidarité de la communauté nationale ou sur une communauté d'adhérents (basée sur une reconnaissance de la non-proportionnalité d'une prise en charge en fonction du risque représenté par chaque individu) est un principe fondateur qui devrait ouvrir la voie à cette description communautaire. Dans sa communication de septembre 2000, la Commission reconnaissait la nécessité du renforcement de la solidarité européenne en précisant que « les objectifs de solidarité pourraient être définis au niveau européen pendant que les Etats garderaient la liberté de définir les moyens de mise en œuvre de ces objectifs ».*

*Comment cette solidarité pourrait-elle s'exprimer (être identifiée) ?*

*Le rapport d'initiative de Michel Rocard relatif à l'assurance maladie complémentaire, adopté par le Parlement européen en novembre 2000, identifiait à cet égard des pistes raisonnables et concrètes :*

- *La reconnaissance d'une notion commune de service de base qui permettrait à tout citoyen européen d'accéder aux soins nécessaires et de qualité. Les Etats membres auraient pour mission de donner un contenu et de participer à la mise en œuvre de ce service de base.*
- *L'établissement, en concertation avec les assureurs privés, d'une garantie à la fois du respect du principe d'affectation des cotisations sur la prime unitaire ainsi que de la non-discrimination entre catégories des populations, notamment pour des raisons pathologiques ou des motifs liés à l'âge ou aux revenus.*

- *L'organisation pour la prise en charge des personnes et des groupes présentant des pathologies lourdes existantes, d'une mutualisation des coûts.*
- *La participation à des actions de prévention pour tous.*
- *L'interdiction d'utilisation d'informations médicales nominatives, telle que la typologie génétique, à des fins de discriminations.*
- *L'absence d'examen de santé préalable à la souscription.*
- *La garantie viagère pour l'assuré obligatoire mise en place pour l'assureur ou les assureurs successifs en cas de transfert de portefeuille.*

*Il s'agit en effet de ne pas faire payer une personne en fonction du risque qu'elle représente mais de sa capacité contributive. Il n'est pas envisageable non plus dans le système mutualiste de faire peser l'augmentation des dépenses par une augmentation individualisée si son risque est avéré puisque sa capacité contributive n'en est pas changée pour autant. En revanche, la péréquation qui pourrait être opérée entre les organismes est de même nature que celle qui est organisée au sein d'une même mutuelle par le choix d'établir des catégories en fonction de l'âge, de la répartition géographique, de la fidélité mutualiste...(principes établis dans l'article L 112.1 du Code de la Mutualité). Cette péréquation permet à n'en pas douter une vraie solidarité. Faut-il pour autant qu'elle puisse perdurer. La reconnaissance de l'intérêt général aux organismes mutualistes par la mise en œuvre de cette pratique solidaire permettraient sans doute à tout à chacun de trouver une assurance complémentaire au meilleur coût, quel que soit l'âge ou le risque représenté par la personne. Il s'agirait ainsi de ne pas cantonner les organismes à but non lucratif dans le caritatif, ce qui ne manquerait pas d'évincer des pans entiers de populations de l'accès aux soins. C'est la raison pour laquelle les mutuelles ont réitéré, depuis le début de la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU), leur appel en faveur d'une prise en compte de l'effet de seuil.*

*La CMU a par ailleurs reconnu la mission d'intérêt général des assurances complémentaires en la rendant obligatoire pour les catégories de populations retenues.*

*Les SIG sociaux sont différents dans la mesure où ils s'adressent à des publics particuliers. En effet, dans le domaine de la santé, les patients ne peuvent être assimilés à des consommateurs ordinaires. De plus, les soins de santé englobent des contraintes fondamentales de santé publique et sociales.*

*En effet, l'activité sanitaire et sociale des mutuelles comprend l'assistance aux personnes en difficulté ayant besoin d'une protection particulière. Enfin, l'équilibre général des systèmes de protection sociale exige la sauvegarde de la solidarité (qu'elle soit intergénérationnelle ou bien entre malades et bien-portants) en évitant les phénomènes d'exclusion.*

*La solidarité constitue l'un des fondements de la Mutualité. Les mutuelles sont définies comme ayant pour but une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide. Corollaire du principe d'égalité de traitement entre les adhérents, le principe de solidarité s'applique depuis la loi du 1<sup>er</sup> avril 1898, dite « charte de la Mutualité ». Au fil des lois qui ont généré de nouveaux droits et obligations pour les mutuelles, ces deux principes ont été confirmés. En 1985, lors de la discussion de la loi portant réforme du code de la mutualité, il a été que les modulations de cotisations doivent s'appuyer sur des considérations objectives sans remettre en cause, directement ou indirectement, le principe de solidarité, ce qui implique de les formuler de façon collective pour des catégories larges et définies. La modulation des cotisations en fonction du revenu des*

membres participants a été instaurée à cette époque. Il fut rappelé par M. Jean Le Gars, alors rapporteur au nom de la Commission des Affaires familiales, culturelles et sociales de l'Assemblée nationale de ce projet de loi, que le principe d'égalité impose qu'en contrepartie d'une cotisation égale, les prestations offertes à des membres bénéficiaires se trouvant dans la même situation soient identiques<sup>6</sup>. Il s'agit bien de pouvoir donner la faculté de prévoir aussi bien des traitements plus favorables que des avantages moindres.

Rappelons que les particularités des prestations mutualistes sont :

- caractère viager (pas d'exclusion des risques),
- pas de sélection des risques (pas de questionnaire médical et de refus des risques en raison de l'état de santé),
- pas de personnalisation des risques (cotisation n'est pas fixée en fonction du risque pour chaque membre).

Aujourd'hui, depuis l'ordonnance de 2001, l'article L. 112-1 du code de la mutualité décrit les principes mutualistes et les critères permettant d'assurer le principe de solidarité (modulation des cotisations et des prestations).

Il n'en demeure pas moins que les modulations autorisées s'adressent aussi aux activités exercées dans le domaine sanitaire et social. Le critère de modulation lié au revenu, le nombre d'ayants droit, ou bien l'âge des membres participants ont pour objectif d'être plus particulièrement utilisés pour déterminer les cotisations des services d'accompagnement et d'aide à la personne, afin de mettre en œuvre le principe de solidarité en faveur des personnes à faibles revenus, des familles nombreuses ou des personnes âgées. De même, les modulations des prestations selon les cotisations payées ou la situation de famille des intéressés peuvent donner lieu à des facturations spécifiques en relation avec leur revenu, leur âge, ou leur situation de famille.

Parallèlement, le droit fiscal a ajouté des dispositions relatives aux « contrats solidaires » qui visent généralement toutes les entités qui exercent l'assurance santé complémentaire. Ainsi, le code général des impôts a, dans le domaine de l'assurance complémentaire santé, exonéré de la taxe sur les conventions d'assurance, les organismes qui ne recueillent pas d'informations médicales auprès de leurs membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture. Ils ne peuvent pas davantage fixer des cotisations en fonction de l'état de santé de leurs membres ou de leurs ayants droit. Ces critères se rattachent à la non-sélection des risques et à l'absence de personnalisation des risques, exigences qui s'imposent de longue date aux mutuelles sur le fondement du principe de solidarité. Dans ces conditions, les cotisations ne peuvent être fixées ou augmentées selon que l'adhérent est ou non fréquemment malade, ou bien qu'il bénéficie de remboursements de frais de santé plus importants. Ainsi, à âge égal, un adhérent malade paiera la même cotisation qu'un adhérent bien portant. Cette reconnaissance par le droit français de principes mutualistes qui ont été généralisés est la preuve de la valeur de ces principes et de leur participation à la vision que peut se faire l'administration de l'intérêt général.

C'est ainsi que se comprend la solidarité pour les mutuelles. Il apparaît que si le principe de solidarité est bien reconnu comme étant un principe de base constitutif de l'intérêt général, c'est à la lumière des exemples concrets que nous venons de décrire que l'émergence d'un contour communautaire doit se faire jour.

---

<sup>6</sup> Assemblée nationale, Rapport n°2691, seconde session ordinaire de 1984-1985.

Les éléments développés dans les "Thèmes majeurs" de la Conférence "Services d'intérêt général sociaux dans l'UE" (28 et 29 juin 2004) pourraient-ils convenir pour servir de base à la description<sup>7</sup> dans le contexte européen ? Quels éléments doivent être ajoutés ? Lesquels doivent être modifiés ?

*Les thèmes clés de la conférence constituent une excellente base de travail.*

**7. Quels secteurs signalés dans le Domaine 1 devraient être examinés prioritairement au niveau européen ?**

*L'ensemble des activités des mutuelles en France, telles qu'énumérées en réponse à la question 1, apparaissent devoir être considérées pour les travaux prochains de la Commission européenne.*

**Domaine 3 – Expérience en matière de marché interne CE ou de règles concurrentielles**

**8. Veuillez indiquer pour les services spécifiés à la question 7 en ce qui concerne les règles CE énumérées ci-dessous (voir également document de référence) si:**

- a. il est établi (par la jurisprudence ou par la législation communautaire) que ces règles ne sont pas applicables à ces services
- b. il est établi (par la jurisprudence ou par la législation communautaire) que ces règles sont applicables à ces services
- c. il n'est clair pas que ces règles sont applicables à ces services; besoin d'éclaircissement ("zone d'ombre")
  - Règles en matière de marché interne;
  - Art. 81 et/ou Art. 82 CE;
  - Art. 86 CE;
  - Art 87;
  - Règles en matière d'interventions publiques;
  - Négociations commerciales externes.

*8a Pour ce qui concerne l'activité de gestion du régime obligatoire par les mutuelles, les arrêts Duphar, Coonan, Poucet-Pistre, Garcia, Sodemare, AOK devraient leur être applicables les exemptant ainsi des règles de concurrence car elles bénéficient du fait de leur délégation de gestion du régime obligatoire, de remises de gestion qui ne peuvent être assimilées à une aide d'Etat au sens de l'article 87 TCE.*

*8c En ce qui concerne la plupart des mutuelles du Livre III, il est probable que leur situation n'affecte pas les échanges, conformément à la décision N543/2001 de la Commission relative aux hôpitaux irlandais.*

<sup>7</sup> Voir document en annexe

Trois affaires ont donné lieu à une décision de la Commission européenne en 2001 qui a convenu que les avantages financiers qui avaient été accordés par l'Etat à des entreprises actives dans le secteur bancaire pouvaient entrer dans le cadre de l'exclusion de l'article 86.2 puisque les entreprises offraient des services à forte connotation sociale et donc considérées comme des SIEG.

Pour ce qui concerne des activités d'assurance complémentaire maladie facultative, fondées sur le principe de solidarité, la Cour n'a pas été interrogée et l'incertitude est importante. Les arrêts Albany et Pavlov concernaient une assurance privée complémentaire mais à caractère obligatoire.

Il est dommage et dommageable qu'il faille en passer par la Cour de justice pour prouver ce caractère alors même que des critères au niveau européen pourraient permettre la visibilité nécessaire.

**9. Veillez décrire les expériences au sujet de l'influence de ces règles EC sur les SIG sociaux (il peut s'agir de "bons" ou de "mauvais" exemples; par ex. ces règles ont-elles permis la fourniture efficace de certains services ou ont-elles limité la possibilité d'atteindre les objectifs de la politique sociale nationale) ?**

Les mutuelles, en tant qu'organismes à but non lucratif, étaient exemptées de la taxe sur les conventions d'assurances. Cette exemption se justifiait par le fait qu'elles ne procédaient pas, au nom de la solidarité, à la sélection des risques en soumettant les assurés à un questionnaire médical. Les assureurs privés, au nom de l'égalité de traitement, ont adressé une plainte à la Commission qui a obligé la France à modifier sa législation dans le sens que nous avons déjà décrit à la question 6. Il nous semble qu'il s'agit bien de la reconnaissance des principes mutualistes comme critères et indicateurs, critères d'intérêt général, puisque généralisé, quel que soit l'opérateur.

**10. Existe-t-il des exemples où il a été tenu compte à l'avance des règles CE mentionnées lors de l'élaboration ou de la réforme de la politique sociale nationale ?**

Il nous apparaît que c'est aux autorités françaises qu'il incombe de répondre à cette question.

**Domaines 4 – Etapes supplémentaires au niveau européen**

**11. Existe-t-il des domaines spécifiques de la législation et des activités européennes qui doivent être précisés davantage en ce qui concerne leur impact sur les SIG sociaux (voir également question 8), comme par exemple:**

- Règles en matière de marché interne;
- Art. 81 et/ou Art. 82 CE;
- Art. 86 CE;
- Art 87;
- Règles en matière d'interventions publiques;
- Négociations commerciales externes.

*Les règles de concurrence affectent notamment des prêts et subventions qui ne couvrent que des activités purement médico-sociales visant à renforcer l'accès des personnes à des soins par une prestation la moins onéreuse possible, par un service rendu efficace au meilleur coût, par une prise en charge des personnes les plus vulnérables.*

*Ainsi que nous l'avons évoqué précédemment, nous souhaiterions que l'exception, reconnue par la jurisprudence de la CJCE en matière de gestion du régime obligatoire, puisse être considérée en droit positif.*

*Il existe par ailleurs un risque de remise en cause de la notion française de service public (et en particulier service public hospitalier). L'article 87 TCE dans une application trop stricte pourrait remettre en cause la survie des mutuelles de fonctionnaires.*

*Concernant par ailleurs les mutuelles dont les activités sont agréées et autorisées par l'autorité administrative et/ou pour lesquelles des cahiers des charges ont été élaborés par le législateur national, correspondant à des impératifs de mise en œuvre, il s'agit de déterminer la valeur d'intérêt général sans ambiguïté.*

**12. Les travaux à poursuivre devraient-ils uniquement porter sur les services sociaux d'intérêt économique général et par exemple être axés sur les règles en matière de concurrence et sur certaines règles du marché interne ou les SIG sociaux à la fois de nature économique et non économique devraient-ils faire l'objet de travaux complémentaires ?**

*Etant donné le caractère évolutif de la notion de « service économique », il apparaît difficile d'exclure d'emblée une certaine catégorie de services sociaux.*

**13. Quel devrait être l'objet concret (en particulier au sujet des étapes supplémentaires) de la Communication de la Commission portant sur les SIG sociaux, les services de santé inclus ?**

*La Mutualité Française se réjouit que les autorités publiques nationales et communautaires prennent en main la question des services d'intérêt général exerçant dans le domaine social. A ce stade, il apparaît que la consolidation des réponses au questionnaire permettra une base de travail fondamentale pour faire progresser les travaux. En effet, il est nécessaire de fixer les principes communs auxquels doivent obéir les SIG et de leur conférer la même importance que les principes qui régissent le marché intérieur. Ces principes devraient être dégagés à partir d'éléments communs et d'obligations tels que ceux qui sont reconnus par les divers documents que les institutions communautaires ont publiés : service universel, continuité de service, qualité, accessibilité tarifaire, protection des personnes. La communication devrait servir à introduire les contours précis des principes et obligations pour les SSIG. Les exemples donnés dans notre réponse à la question 6, ainsi que le rapport de Michel Rocard, auquel il a été fait également référence, sont des bases solides. Cette proposition nous apparaît être souhaitable pour lever les incertitudes et les zones d'ombre qui sont soumises aux aléas de la jurisprudence*

**14. Estimez-vous que la méthode ouverte de coordination (existante ou nouvelle) est un instrument adéquat pour les étapes supplémentaires ? Si oui, que devrait être le rôle concret de cette méthode (par exemple : objectifs communs, échange de bonnes pratiques, évaluation, etc.) ?**

*Face à l'interprétation extensive du droit de la concurrence et du marché intérieur, il semble que seule une législation spécifique permettrait aux SSIG d'exercer convenablement leurs missions. La MOC est un élément utile afin de trouver des dénominateurs communs entre tous les États-membres et devrait être utilisée comme un préalable à toute ébauche de directive. Nous demandons alors que les acteurs sociaux et, bien entendu, les mutuelles, puissent être parties prenantes à ces discussions.*

**15. Dans une certaine phase et sans préjuger du droit d'initiative de la Commission, des instruments légaux pourraient-ils être considérés comme adéquats pour les étapes supplémentaires (en supposant qu'une base légale valable puisse être trouvée), et si oui, que devrait être le rôle concret de ces instruments (Directives, Règlements, Recommandations) ? Les questions suivantes supplémentaires pourraient être posées :**

- Ces instruments légaux devraient-ils limiter le champ d'application des règles UE et leur application aux services sociaux ?
- Ces instruments légaux devraient-ils instaurer des standards communs pour les services sociaux, en permettant que les règles UE, telles que les règles en matière de marché interne, soient appliquées tout en tenant pleinement compte des objectifs de la politique sociale ?
- Des critères légalement définis sont-ils nécessaires, par ex. des critères concernant la qualité, le prix raisonnable, l'accessibilité ou la solidarité au niveau européen ?

*Il convient d'établir des instruments consacrant la mission d'intérêt général des services sociaux, en mettant le droit de la concurrence et du marché intérieur et un futur droit positif de l'intérêt général sur un pied d'égalité. Nous avons apporté les principaux éléments de notre réponse à l'occasion de la question 12.*

*Parmi les fondements de l'exercice des services sociaux d'intérêt général privés non-lucratifs, l'on peut constater que les objectifs correspondent au champ du modèle social européen :*

- *L'objectif de cohésion sociale est garanti par l'effectivité de certains droits sociaux fondamentaux inscrits dans les textes communautaires et nationaux : le droit aux soins en fait partie.*
- *Les destinataires de l'activité peuvent être des publics vulnérables*
- *La nature de l'opérateur et les modalités de mise en œuvre de l'activité : non-lucrativité, participation dans la prise de décision (contrôle démocratique)*
- *La solidarité*

*Il nous apparaît fondamental désormais de croiser ces objectifs avec les critères qui ont été notamment défendus par le mémorandum français sur les SIG proposés au Conseil européen de Laeken en décembre 2001 :*

- 1. Egalité d'accès pour les usagers et de traitements non-discriminatoires des personnes*
- 2. universalité destinée à assurer une couverture territoriale complète*
- 3. continuité du service*

4. *qualité et régularité du service*
5. *principes de prévention et de précaution dans le domaine de la sécurité et de la santé*
6. *la qualification des personnels*
7. *transparence en matière de financement et de fonctionnement*
8. *garanties en termes de recours.*

*L'on se doit également d'ajouter les nécessaires obligations de prix abordables, de prise en compte spécifique de certaines catégories d'usagers en situation de faiblesse pour des raisons médicales, sociales ou économiques (article L. 111-1 du code de la Mutualité)*

*Les conséquences seraient ainsi pour les mutuelles de faire reconnaître (et d'apporter les éléments de sécurité juridique) la dimension d'intérêt général pour l'ensemble des leurs activités.*





*Sur le Questionnaire SSIG  
Annexe au document de réponse de la Mutualité Française  
Point 1.1*

## LOGEMENT ET MUTUALITE

La résolution générale du 35<sup>ème</sup> congrès national de la FNMF (juin 1997) affirmait notamment que « le Congrès considère que la Mutualité peut agir dans les domaines où les besoins sociaux sont les plus criants. Tel est le cas du Logement. Tant son objet social que l'évolution de la société donnent à la Mutualité la légitimité de développer ses actions pour l'accès et le maintien dans le logement, facteur primordial de dignité de l'homme et de sa famille ».

Etait ainsi proclamée la légitimité d'une activité déployée par bon nombre de mutuelles adhérentes de la Mutualité française, depuis parfois plusieurs décennies.

Cette activité en faveur du logement revêt des aspects très multiples, qui sont autant de témoignages de l'adaptation permanente du mouvement mutualiste aux besoins que ses adhérents lui expriment. Ces aspects sont non seulement multiples mais développés sur l'ensemble du territoire.

En voici quelques exemples, nationaux et locaux :

1. Récemment, la Mutualité s'est positionnée comme partenaire des pouvoirs publics dans la **mise en place des sites pour la vie autonome**. La promotion de ces sites permet en effet d'apporter une réponse concrète aux besoins des personnes handicapées, en matière notamment d'aménagement et d'accessibilité du logement. L'**Union Nationale Mutualiste Personnes Agées et Personnes Handicapées** suit cette action de très près.
2. Toujours au plan national, l'**Union Nationale Mutualiste Initiatives Sociales** regroupe plusieurs dizaines de mutuelles désireuses de concevoir et de développer des actions innovantes dans différents domaines : le logement figure ainsi aux côtés de la petite enfance, du développement culturel, de l'insertion sociale et professionnelle.
3. La Mutuelle des Etudiants (**LMDE**) a créé une Couverture Logement Etudiante, qui propose à ses adhérents des services dans les domaines suivants : offre de logements, y compris en co-location, caution et dépôt de garantie (en partenariat avec un établissement bancaire du secteur privé), assurance habitation (avec un partenaire de l'économie sociale).



4. Depuis 1982, **MUTLOG** (avec **MUTLOG Garanties** pour les risques non-vie, depuis la réforme du Code de la Mutualité) propose aux accédants à la propriété une couverture contre les risques de la vie (décès, perte totale et irréversible d'autonomie) et du travail (incapacité de travail, chômage).

Elle développe cette activité dans un secteur très ouvert à la concurrence des entreprises du secteur marchand et apporte aux emprunteurs une plus-value fondée sur un rapport cotisations/prestations très performant ainsi que sur une approche sociale des emprunteurs en difficulté. Au cours des dernières années, MUTLOG a porté son effort sur la sensibilisation du mouvement mutualiste, sur l'importance de la sécurisation de leurs adhérents accédants à la propriété. Dans cet esprit, elle a signé, en juillet 2004, un accord de partenariat avec la CNP et la **Fédération Nationale des Mutuelles Interprofessionnelles**.

L'offre MUTLOG est agréée par les cinq organisations syndicales représentatives au plan national.

5. En 1995, la **Mutualité des Hautes-Pyrénées** et le CIL Pyrénéen (association régie par la loi de 1901 collectant la participation des employeurs à l'effort de construction) se sont investis dans un projet départemental commun : favoriser l'insertion par le logement de populations ou de familles démunies. A cet effet, une association a été créée, le CILUMD (Centre d'Insertion par le Logement Urbain des Milieux Défavorisés), gérée conjointement par ces deux organismes. Deux résidences ont été acquises et restaurées. Restructurées, elles se composent de douze et onze logements individuels (du T1 au T3) permettant d'accueillir aussi bien des personnes seules que des couples avec enfants. Le CILUMD a engagé du personnel qualifié, tant pour l'accompagnement social (assistantes sociales) que pour l'entretien (concierge et agent d'entretien).

Ce partenariat entre le CIL et la Mutualité est porteur d'une très forte plus-value sociale. Il démontre que leur valeur partagée de solidarité peut s'appliquer concrètement sur le terrain. En outre, ce concept a le mérite de conforter et de rendre lisibles les liens qui unissent naturellement la santé et le logement.

Cette œuvre sociale fortement encouragée et soutenue par les institutions départementales (préfecture, conseil général, caisse d'allocations familiales, etc.) a permis, en 2001, d'accueillir et de faciliter la réinsertion de 84 personnes ou familles. La population accueillie est âgée en majorité de moins de quarante ans, elle séjourne en moyenne de six à neuf mois. A la sortie, neuf résidents sur dix ont retrouvé un logement, dont 80 % dans le secteur locatif social.

En cinq années d'activité, plus de 400 situations individuelles ou familiales ont ainsi été traitées par le CILUMD, qui est devenu un acteur du logement social à part entière, inséré dans le PDALPD (plan départemental d'aide au logement des personnes défavorisées).

6. De par sa vocation sociale, la Mutualité a expérimenté et innové.

La **Mutualité Haute-Vienne** mène une démarche d'expérimentation de logement des personnes âgées, dans le cadre d'une habitation à vocation sociale et de prévention de



vieillesse. Il s'agit de la création d'unités de vie intégrées dans les cités HLM dans le cadre de leur rénovation.

La Mutualité Haute-Vienne s'est insérée dans les plans gérontologiques élaborés par le Conseil général. Ce dernier reconnaît la plus-value apportée par le mouvement mutualiste en matière d'accueil et d'hébergement des personnes âgées. Dans le département, la mutualité privilégie les établissements à statuts publics et elle travaille donc en partenariat étroit, à la fois avec le Conseil général, à la fois avec l'office public d'HLM et à la fois avec l'Assurance Maladie dans le cadre d'aides ponctuelles en termes d'investissement et de fonctionnement. Il s'agit de mettre à disposition, par le biais de l'office HLM, des appartements adaptés. L'office HLM de Limoges a élaboré un vaste projet de rénovation de ses cités. Dans le cadre de ces rénovations, la Mutualité a la disposition d'appartements adaptés au handicap de la personne âgée, avec des espaces communautaires où celle-ci est accueillie pour les animations, les repas, la réception des familles, etc. Les appartements sont situés à tous les étages, avec la volonté d'un mélange de la population. Des équipes sont présentes sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Un apport d'étudiants hébergés assure la surveillance de l'établissement, des appartements et des résidents ; il existe un partenariat avec les centres de santé libéraux, qu'ils soient médecins, infirmiers ou aidant au maintien à domicile ; ainsi qu'une prise en charge au quotidien pour tout ce qui est repas, sécurité, animations, suivi du résident, afin qu'il leur soit offert une réelle sécurité, sécurité rassurante également pour leurs familles. Enfin, le locataire est autonome dans la gestion de l'appartement : le résident est locataire de la Mutualité.

Pour le Conseil général, la Mutualité Haute-Vienne offre un prix de journée compétitif, qui respecte bien la vocation de la Mutualité ainsi que celle de garder l'accès de ces unités à toute personne, quels que soient ses moyens financiers.

Pour l'Office public d'HLM, il y a un élément essentiel qui est l'attractivité de ces cités HLM, grâce à la mise en place des unités de vie.

7. La **Mutuelle de l'Ardèche** propose des résidences pour personnes âgées. Elle a également construit, en convention avec le département, une résidence pour étudiants ; elle assure le suivi des dossiers d'aides personnelles pour les étudiants qui en bénéficient.

Au-delà de ces exemples ponctuels, un recensement serait à entreprendre sur toutes les initiatives menées par les mutuelles en faveur du logement.

La plupart de ces initiatives sont fondées sur des partenariats locaux, avec des bailleurs sociaux, des collectivités publiques décentralisées, des établissements hospitaliers, etc., qui se reconnaissent dans les critères de la politique de mise en œuvre des mutuelles. Les éléments d'intérêt général dont elles peuvent être garantes indiquent clairement que si la santé demeure évidemment le cœur de métier du mouvement mutualiste, celui-ci s'attache toujours davantage à promouvoir une offre globale de services à ses adhérents.