

Services sociaux d'intérêt général

Réponse du Collectif SSIG-FR au questionnaire du Comité de protection sociale

Remarques préliminaires :

Si tous les services sociaux ne sont pas d'intérêt général, l'objet des SSIG est de répondre à un besoin afin de garantir pour tous l'effectivité d'accès aux services de proximité et de protection sociale dans le cadre du respect des principes de la Charte des droits sociaux fondamentaux de l'Union européenne.

En ce qui concerne les services sociaux, deux questions se posent :

- d'une part, celle de leur caractère ou non d'intérêt général,
- d'autre part, celle de leur caractère économique ou non économique.

Ces deux questions sont certes complémentaires mais distinctes. Les réponses qui en sont données ont des conséquences majeures pour ces secteurs d'activité.

L'objet de certaines questions du document soumis à consultation doit par conséquent être parfois précisé. La Commission européenne parle-t-elle des services sociaux dans leur globalité ou des services sociaux économique à caractère d'intérêt général ? Dans sa réponse, le Collectif SSIG-FR traitera très spécifiquement des services sociaux et de santé d'intérêt économique général.

Le Collectif SSIG-FR est un réseau informel de 14 organismes ou fédérations françaises d'organismes à but non lucratif de services sociaux et de santé d'intérêt général issus des secteurs de la santé, du logement social, de l'inclusion sociale et de la protection sociale mutualiste. Le Collectif s'est structuré en octobre 2005.

Les organismes présents dans le Collectif SSIG-FR couvrent un champ d'action très vaste : organismes de logement social, de protection de la jeunesse, d'action sociale et éducative, maisons de retraite, établissements pour personnes en situation de handicap, établissements de soins privés à but non lucratif, services d'aide à la personne et à domicile, centres d'hébergement de personnes en danger, d'enfants maltraités, de réinsertion sociale, crèches, centres de santé, centres sociaux, services de personnes en situation d'exclusion sociale ou sans domicile, services d'infirmières et d'aides-soignantes, d'aides ménagères, d'auxiliaires de vie, de tourisme social, protection sociale complémentaire et de gestion du régime obligatoire.

Les objectifs du Collectif SSIG-FR sont les suivants :

- Promouvoir les spécificités des SSIG et des opérateurs non lucratifs (secteur de l'économie sociale) en France et en Europe ;
- Participer au débat communautaire en cours sur les SSIG et être en capacité d'influer sur les processus ;
- Créer un lieu d'informations, d'échange, de concertation et de construction de positionnement entre acteurs français sur les SSIG.

Champ 1 – Description des services sociaux

1- Veuillez indiquer si la description des services sociaux donnée par la communication (voir ci-dessus sous "Champ d'application") est appropriée et correcte, dans l'optique aussi de la correspondance entre les régimes de sécurité sociale et les critères découlant de la jurisprudence rendue dans l'affaire Poucet et Pistre.

En préambule, le Collectif souligne que la description des services sociaux du questionnaire constitue un progrès par rapport à la communication de la Commission du 26 avril 2006¹. En effet, le questionnaire opère une distinction claire entre les régimes obligatoires de sécurité sociale et les régimes complémentaires de protection sociale. Il nous apparaît essentiel d'opérer cette distinction entre un SSIG non économique (la sécurité sociale) et un service social d'intérêt économique général (l'assurance complémentaire). Les régimes obligatoires ne sont pas dans le champ des Traités en raison de leur caractère non économique. Ils n'ont donc pas à être traités dans la question

Le premier point positif est l'accent de la communication mis sur la prévention, le bon accomplissement des droits fondamentaux et la cohésion sociale, ceci étant un rôle historiquement assuré par les organismes associatifs, mutualistes et para-publics.

Il nous semble important de rappeler également que les services sociaux répondent aux besoins précis d'une personne en état de vulnérabilité physique, mentale ou sociale, même ponctuel. Ils

¹ Communication de la Commission « Mettre en œuvre le programme communautaire de Lisbonne. Les services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne » COM (2006) 177 final

promeuvent un rôle positif dans la société dans la mesure où ils participent largement à l'accomplissement de la stratégie de Lisbonne y compris en termes d'emploi et de perspectives économiques et sociales en la matière.

Quant à la correspondance entre les régimes de sécurité sociale et les critères qui découlent de la jurisprudence Poucet et Pistre, le Collectif reste interrogatif : cette question vise-t-elle la sécurité sociale – régime obligatoire – ou bien la protection sociale dans son ensemble (c'est-à-dire le régime obligatoire, le régime complémentaire et l'action sanitaire et sociale) ?

Dans l'affaire Poucet et Pistre, relative à un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, la question ne portait pas sur le caractère d'intérêt général mais sur la dimension économique ou non économique. La Cour a déterminé plusieurs éléments établissant le caractère non économique de la sécurité sociale : il s'agit d'un régime solidaire à vocation obligatoire, financé par des cotisations proportionnelles aux revenus, les prestations fournies ne sont pas proportionnelles aux cotisations, elles peuvent donc être octroyées même sans versement de cotisations. De plus, il existe des mécanismes de compensation entre les régimes.

Des éléments d'intérêt général ont été ensuite apportés dans la jurisprudence notamment dans l'arrêt COREVA en 1995 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.

En conséquence, il apparaît que les principes exprimés par la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) recensent des principes fondamentaux qui devraient être utilisés pour identifier des services sociaux au niveau communautaire, afin de clarifier non seulement ce qui relève ou non de l'intérêt général, mais aussi ce qui est non-économique ou économique.

Il apparaît que la solidarité de la communauté nationale ou d'une communauté d'adhérents (fondée sur 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 de l'intérêt général.

Le Collectif souligne que la protection sociale complémentaire est de nature économique et la sécurité sociale est non-économique. L'une et l'autre doivent toutefois être envisagées dans la perspective de la pérennisation d'un système de protection sociale solidaire comme étant d'intérêt général.

Le caractère d'utilité sociale du régime complémentaire a d'ailleurs été souligné dans le rapport adopté par le Parlement européen en novembre 2000²:

« La protection maladie n'est plus uniquement assurée par les systèmes étatiques ou légaux de protection sociale, mais des mécanismes, relevant de l'initiative privée, à but lucratif ou non lucratif, et dits d'assurance complémentaire maladie, se sont développés et conditionnent, de plus en plus, l'accès aux soins essentiels et de qualité, dans des délais raisonnables »

Cette orientation a été adoptée par la Loi française 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, qui a rendu obligatoire la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) et par la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie. Ces dispositions constituent selon notre appréciation des éléments suffisants et pertinents qui permettent à l'administration nationale d'octroyer un acte de mandatement reconnaissant aux organismes de protection sociale mutualiste le caractère d'intérêt général.

Encadré N°1 : Principe d'universalité dans le secteur du logement social

Dans le questionnaire, la définition du logement social exclut du champ des SSIG les conceptions universalistes de ce secteur existant dans certains Etats membres. Le droit européen de la concurrence encadre fortement les aides publiques octroyées aux opérateurs, y compris ceux chargés d'une mission d'intérêt général : une des évolutions en cours consiste à remettre en question le financement de mécanismes visant à garantir une solidarité universelle pour ne permettre le financement que des seuls mécanismes visant une solidarité ciblée (financements publics à destination de groupes cible d'usagers vulnérables par exemple). Un contentieux en cours dans le secteur du logement social en Suède et en Hollande en fournit une parfaite illustration : le financement d'un système universel de logement social accessible à tous les publics est remis en cause car considéré comme non compatible avec le droit européen de la concurrence. Seul un système accessible à un public en difficultés pourra être désormais financé par des fonds publics. Cela traduit une conception nouvelle de la solidarité qui se rapproche de l'assistance telle qu'elle était organisée à la fin du XIX^{ème} siècle.

² Rapport sur l'assurance maladie complémentaire, (2000/2009 (INI), Rapporteur M. ROCARD, Doc. A5-0266/2000.

2- *Si vous estimez que la description pourrait être améliorée ou qu'un autre (type de) service devrait être ajouté, veuillez formuler des suggestions concrètes.*

Le Collectif SSIG-FR souligne que le présent questionnaire ne concerne pas le même périmètre sectoriel que celui du Comité de Protection Sociale de 2004.

Il est regrettable que le champ de la communication, et donc du questionnaire, exclue les services de santé. Même s'il est difficile de circonscrire ce champ, ses finalités et ses modes d'organisation sont similaires aux services sociaux et une approche commune doit leur être reconnue. La position du médico-social, qui se situe à la jonction du secteur sanitaire et du secteur social, s'en trouve de fait brouillée.

Cette dissociation entre services sociaux et services de santé est largement artificielle. A titre illustratif, en France, les centres de santé, selon le Code de la santé publique (article L 6323-1) doivent offrir des soins de proximité et mener des actions sociales. Ils le font notamment dans des zones sous médicalisées. De même, les services aux personnes tels que définis à l'article L119-1 du Code du travail qui exclut les services de soins, sont, lorsqu'ils s'adressent à des publics fragiles, complémentaires de services de santé. Il existe réglementairement des services polyvalents de soins infirmiers et des services à domicile. Ils sont conjugués et complémentaires.

La différenciation des services sanitaires et sociaux risque donc de créer une complexité juridique accrue pour les opérateurs. Nous souhaitons donc que l'ensemble des services sociaux et de santé soit traité dans un outil communautaire commun. Il est en effet important de souligner que la politique sociale et de santé publique est une et qu'on ne peut pas dissocier les aspects liés à la prévention, au soin, à l'accompagnement social et à l'organisation et au financement des soins et des services sanitaires et sociaux. Il est donc primordial de garder une cohérence globale, qui s'est construite ainsi depuis de nombreuses années dans certains États membres.

Encadré N°2 :

Exemples sectoriels illustrant la jonction entre le secteur social et sanitaire en France :

- *champ du handicap et des personnes âgées* : établissements et services qui accueillent des personnes âgées et handicapées et leur fournissent une assistance dans les actes de la vie quotidienne, des soins ou une aide à l'insertion sociale (ex. d'équipements : établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, foyers d'hébergement, foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés, maisons d'accueil spécialisé, services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées, services de soins infirmiers à domicile ; pour les mineurs et jeunes adultes handicapés: centres médico-psycho-pédagogiques, instituts médico-éducatifs, instituts médico-pédagogiques, instituts médico-professionnels, services d'éducation spécialisée et de soins à domicile...).

Par ailleurs, les pouvoirs publics français ont décidé très récemment que des équipes d'hospitalisation à domicile interviendraient en maison de retraite. Ces dernières disposeront donc de compétences spécialisées qui peuvent leur faire défaut.

- *champ de l'insertion* : établissements et services pour l'accompagnement de personnes en difficulté (toxicomane, alcooliques ...) : centres de cure ambulatoire en alcoologie, centres spécialisés de soins aux toxicomanes : ces structures assurent un suivi social et médical.

- *secteur médico-éducatif* : ex. : instituts médico-éducatifs (établissements recevant des mineurs atteints de déficience, proposant des soins et un accompagnement éducatif).

Par ailleurs, le secteur du logement social ne juge en revanche pas pertinente la définition qui en est donné. En effet, celle-ci :

- ➔ définit a priori la mission du logement social alors qu'il appartient aux Etats membres de le faire conformément aux principaux généraux des Traités, à la jurisprudence constante de la CJCE en matière de SIEG et à la compétence exclusive des Etats membres en matière de politique du logement,
- ➔ ne correspond pas à la conception française du logement social et aux missions confiées aux organismes d'HLM par le législateur national (cf L 411 et L411-2 du CCH), notamment les missions relatives à la « contribution à la nécessaire mixité sociale des villes et quartiers » et à la « recherche de la diversité de l'habitat

Nous souhaitons également apporter une précision relative aux caractéristiques des services sociaux. Si l'action caritative se limite à apporter une réponse ponctuelle (ou répétée) à une situation moralement intolérable engendrée (notamment) par la fragilité des personnes, l'action sociale y répond en posant la question des conditions économiques et politiques qui ont permis que cette fragilité s'exprime et aboutisse à la situation constatée.

Champ 2 – Pertinence des caractéristiques

3- *Veillez indiquer si les caractéristiques identifiées dans la communication sont pertinentes pour évaluer les spécificités des services sociaux d'intérêt général par rapport à d'autres services (d'intérêt général)?*

Les caractéristiques mises en avant par la communication sont pertinentes et correspondent au mode de fonctionnement particulier des organismes qui obéissent à certains principes comme la solidarité, la non lucrativité ou encore l'absence de sélection des risques. Ce faisceau d'indices permet d'opérer une nette distinction entre d'une part les SSIG et d'autre part, les SIEG dits « de réseaux », ainsi qu'avec les services sociaux qui ne pourront pas être qualifiés d'intérêt général et pour lesquels les règles du marché intérieur s'appliqueront.

La notion de faisceau d'indices devrait être mise en oeuvre selon un caractère proportionné, de transparence et de sécurisation en fonction de l'activité. Cette notion permettrait à chaque Etat membre de définir précisément les SSIG, selon les activités et les opérateurs.

4- *Si nécessaire, veuillez exprimer des suggestions concrètes de formulation des caractéristiques telles qu'elles sont actuellement présentées dans la communication*

Le Collectif n'a pas de réponse à cette question

5- Des caractéristiques doivent-elles être ajoutées? Veuillez formuler des suggestions concrètes et des exemples de services concernés par ces caractéristiques.

Le Collectif souhaiterait qu'un accent plus prononcé soit apporté sur le fonctionnement autonome et démocratique des opérateurs. Cette reconnaissance est notamment caractérisée par la spécificité des organismes mutualistes qui fonctionnent selon un principe de participation des adhérents à la prise de décision dans les assemblées générales (contrôle démocratique).

Dans le même esprit, les organismes liés au logement social et à l'insertion par le logement soulignent l'existence de mécanismes de participation des bénéficiaires à la réponse des besoins.

Le Collectif souhaite également mettre en avant d'une part l'existence de prestataires créés spécifiquement, c'est notamment le cas dans le secteur du logement et d'autre part la reconnaissance du droit d'initiative des opérateurs.

Encadré N° 3 :

Au niveau européen, pour ce qui concerne le volet régime complémentaire de l'activité mutualiste, le plus grand nombre des préconisations énoncées par le rapport du Parlement européen de novembre 2000 portant sur l'assurance maladie complémentaire sont pertinentes (absence de personnalisation des primes et de la prise en compte du risque. L'établissement de cotisation doit être basé sur un principe de non-discrimination entre catégories de populations, absence d'examen de santé préalable à la souscription afin d'éviter la seule sélection des bons risques, la mise en place d'une obligation de garantie viagère par l'opérateur d'assurance, mise en place d'un système de garantie contre les défaillances des opérateurs d'assurance afin de protéger les assurés, prise en compte de certaines catégories d'usagers en situation de faiblesse pour des raisons médicales, sociales ou économiques, incitation à participer au développement des actions de prévention et à la mise en œuvre d'une politique d'accès aux soins, prix raisonnable).

Une notion de proximité doit également être affirmée, à travers des actions s'adressant autant à des territoires de vie qu'à des individus. La caractéristique sur « l'ancrage marqué dans une tradition culturelle (locale) » pourrait être renforcée par l'ajout suivant « un ancrage fort dans des territoires avec des actions de proximité pour répondre à des besoins spécifiques et localement identifiés ». L'une des spécificités des SSIG est bien qu'ils sont prestés au niveau local afin de répondre à des besoins exprimés localement.

Enfin, le Collectif souhaite introduire la définition du caractère vulnérable des personnes, le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains. Les actions menées par les opérateurs ont bien pour objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux en garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

6- Veuillez donner un maximum de 3 exemples pertinents de services sociaux représentant une ou plusieurs des caractéristiques (supplémentaires) qui pourraient servir de critères descriptifs de la nature spéciale. Veuillez indiquer quel élément concret des caractéristiques est aisément repérable dans l'exemple choisi.

Le Collectif SSIG-FR propose les exemples suivants :

Les maisons de santé rurale : le maintien de l'offre de soins de santé sur tous les territoires est devenu un enjeu majeur. Il faut garantir l'accès et la continuité des soins dans des zones déjà pauvres en services de santé et peu attractives pour les professionnels du secteur. Cette pénurie touche particulièrement les zones rurales isolées. Il faut donc rechercher des solutions innovantes qui permettent de concilier les impératifs économiques avec les principes de santé publique et d'égalité d'accès aux soins. L'enjeu de proximité consiste à concilier les attentes des patients avec celles des professionnels, afin de maintenir des liens directs que ne remplaceront jamais les technologies de l'information et de la communication (TIC). C'est dans ce cadre que la Mutualité Sociale Agricole (MSA) a lancé en 2005 la création de neuf maisons de santé rurales pluridisciplinaires. Le but est de favoriser une meilleure coordination des soins tout en tirant vers le haut les conditions d'exercice des professionnels de santé et dans une optique de pluridisciplinarité : la maison ne regroupe pas uniquement des médecins généralistes et présente un panel aussi complet que possible de professions (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, voire pharmaciens, ambulanciers, pédicures, psychologues, sages-femmes, dentistes...). En ce qui concerne les soins ambulatoires courants, tous ces professionnels mutualisent les moyens (locaux, secrétariat, matériel médical...). Les avantages de ce système de proximité sont nombreux : il assure tant la continuité que la permanence des soins. Autre atout, ces maisons de santé rurales peuvent se faire le vecteur d'actions de santé publique.

Encadré N°4 :

La place respective du salariat et du bénévolat dans les fonctions d'exécution et de représentation.

Si les équipes de direction sont, dans un cas comme dans l'autre, très généralement salariées, le secteur caritatif se distingue du secteur social par la place plus importante accordée aux bénévoles dans le travail de terrain, notamment pour l'accompagnement des ménages. Les organismes non-lucratifs font davantage le choix de rémunérer des professionnels formés aux métiers impliqués qui sont épaulés par des équipes de bénévoles dont ils sont alors les référents. Ce choix de mettre en œuvre le projet associatif par des équipes salariées renforce la nature économique de ces activités.

Pour économique qu'elle soit, cette activité n'en reste pas moins non lucrative. La gestion désintéressée des associations est assurée par des instances (bureau et conseil d'administration) constituées de bénévoles. Ces derniers ont la charge de représenter politiquement le projet associatif social devant les pouvoirs publics et les partenaires opérationnels. L'initiative est associative, certes,

mais elle vise à répondre à des besoins sociaux non couverts et implique les usagers finaux – les personnes dans le besoin – dans la définition et la mise en œuvre des solutions (par l'appropriation des parcours, dans l'autonomisation par opposition à l'assistantat, etc.). Relevant de l'intérêt général (et de l'utilité sociale, en droit interne), les associations du secteur social agissent dans le cadre fixé par la réglementation et s'inscrivent pleinement dans les processus de définition et/ou de mise en œuvre des politiques sociales locales. Ce travail revient généralement aux bénévoles des instances dirigeantes et par délégation aux directions d'associations.

Encadré N° 5 :

La vulnérabilité du public accueilli au sein des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

L'action sociale et médico-sociale a pour objectif « dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains (...) de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire » (article L116-2 du code de l'action sociale et des familles introduit par l'article 3 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale).

Il est nécessaire de rappeler les caractéristiques des publics accueillis au sein des services sociaux et médico-sociaux. Il paraît difficile de les appréhender comme des consommateurs à même d'effectuer un choix rationnel et éclairé dans le cadre d'un système d'offre et de demande sur un marché classique. L'action sociale concerne en effet des personnes en situation de grande fragilité et vulnérabilité. Comment considérer la capacité de choix et d'autonomie exercée par ce type d'usagers?

- les personnes âgées :

L'âge moyen d'entrée en maison de retraite est de 84 ans pour une durée de séjour qui excède rarement un an. L'entrée en maison de retraite est souvent un choix ultime et contraint.

- les personnes handicapées :

Il peut s'agir de personnes souffrant d'un handicap mental, amenant à une altération de la faculté de choix et de discernement. Il peut également s'agir de personnes souffrant d'un handicap physique.

- les personnes en situation d'exclusion sociale et familiale :

Une des caractéristiques de ce public est l'hétérogénéité des personnes prises en charge : des hommes seuls, des femmes seules ou avec enfants, des familles entières, des sans-abris, des migrants en difficulté, des marginaux, des personnes âgées, des demandeurs d'asile, des personnes en situation

de rupture affective ou familiale, des sans papiers, des toxicomanes, des alcoolo-dépendants, des malades mentaux Ces personnes souffrent d'un processus d'exclusion multi-factoriel où se conjuguent des facteurs économiques, sociaux, familiaux, culturels et des pathologies psychiatriques.

- l'enfance en danger et / ou délinquante :

Il s'agit ici d'enfants fragilisés par des abus dont ils ont été victimes ou qui ont commis des délits et qui font l'objet d'un placement par l'autorité judiciaire dans un établissement ou un service.

- les usagers des associations de santé :

Les établissements de santé non lucratifs se sont spécialisés surtout dans le long séjour (accueil de personnes âgées, handicapés), le traitement du cancer et des toxicomanies et les différents types de rééducation en moyen séjour. Les usagers de ces établissements sont dans une situation de vulnérabilité physique et psychologique.

De même, les associations de santé ont développé des activités de services, dans des permanences ou sous forme ambulatoire, pour des populations en grande précarité, âgées ou isolées.

7- Comment ces caractéristiques pourraient-elles expliquer l'exclusion de certains services sociaux du champ d'application de la directive sur les services (article 2, paragraphe 2, lettre j) combiné au considérant 27) adoptée sur le plan politique le 29 mai 2006 (Doc. 100003/06)?

Le Collectif tient à souligner que c'est précisément sur la base de ces caractéristiques que l'on peut regretter que le champ d'exclusion des services sociaux du champ de la directive services n'ait pas pris la forme d'une liste ouverte telle qu'adoptée en 1ère lecture au Parlement Européen. La situation en aurait été plus cohérente.

En effet, parmi les services sociaux, les services sociaux d'intérêt économique général se seraient retrouvés exclus explicitement, ce qui correspondrait davantage à la réalité des champs sanitaires et sociaux nationaux. Dans la formulation votée en deuxième lecture, le Collectif s'interroge sur la possibilité à appréhender concrètement l'expression "services sociaux relatifs à l'aide aux familles et aux personnes dans le besoin de façon permanente ou temporaire" ? »

Les exclusions de la directive « services », telles que votées le 15 novembre 2006 en seconde lecture au Parlement européen, ne sont pas cohérentes avec le champ d'application de la Communication de la Commission européenne et les caractéristiques qu'elle définit. Cette formulation prêterait certainement à interprétation de la CJCE et ne participera pas à la clarification juridique des SSIG.

La dissociation des secteurs de la santé et des services sociaux ne se justifie pas au regard des exemples précités.

Champ 3 – Utilisation des caractéristiques par les États membres

8- Veuillez donner une définition de la notion d'"intérêt général" dans votre pays, et indiquer de quelle manière (aux niveaux national, régional ou local) elle est définie ou le sera à l'avenir.

La notion d'intérêt général ne se définit pas mais elle se décline en exigences particulières.

La notion d'intérêt général doit être clarifiée car la non-reconnaissance de cette dernière a posé des difficultés pour certains organismes. On rappellera les informations suivantes :

La réponse de la France au questionnaire SSIG du CPS de 2004 est la suivante :

« En France, les SIG jouent un rôle essentiel au service de la cohésion sociale et territoriale. Ils relèvent de plusieurs formes d'organisation, de différents modes de financement et de divers dispositifs pour déterminer leurs missions d'intérêt général. La notion de SIG « national » n'est en général pas pertinente pour décrire les caractéristiques de ces services en France. La notion de service « d'intérêt général social » n'est pas définie en tant que telle. »

Cependant, on note des dispositions de nature législative et réglementaire en France faisant explicitement référence au concept d'intérêt général.

- La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale ne fait pas de distinction entre les opérateurs publics et privés à but lucratif ou non lucratif. Parmi les acteurs nécessaires, 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 mentionne la « mission d'intérêt général et l'utilité sociale » et **non la 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. Le Code français de l'action sociale et des familles transpose à l'article L 311-1 cette notion en la définissant précisément sous la forme d'une énumération en six

catégories³. De plus, "ces missions sont accomplies par des personnes physiques ou des institutions sociales et médico-sociales".

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. Si l'on constate ainsi au niveau national une référence dotée de caractéristiques, se pose pour autant la question sur la reconnaissance par un acte portant sur la mission d'intérêt général par les autorités publiques.

- S'agissant du secteur sanitaire, le décret du 8 avril 2005 fixe la liste des missions d'intérêt général au titre de la dotation financière nationale. **Les missions retenues (et non les caractéristiques)** sont accessibles à l'ensemble des établissements sanitaires. Pour autant, on peut constater que l'éventail des missions a favorisé certains types d'activités qui ne sont pas forcément accessibles à tous les établissements de santé.
- On peut constater par ailleurs l'utilisation de l'article 4 concernant le mandatement de la Décision du 28 novembre 2005 sur l'application des dispositions de l'article 86.2 aux aides d'Etat sous forme de compensations de services publics octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion des services d'intérêt général, y compris pour des aides concernant les « hôpitaux ». En France, les établissements de santé sont définis dans le Code de la santé publique et les articles L 6112-2 et L 6161-6 disposent que le service public hospitalier est notamment assuré par les établissements de santé privé et que les établissements de santé privés à but non-lucratif sont admis à participer à l'exécution du service hospitalier lorsqu'ils répondent à des conditions d'organisation et de fonctionnement (...).
- Dans le domaine médico-social, si l'activité se trouve dans le champ de la concurrence, l'habilitation « aide sociale » reconnaît implicitement la mission d'intérêt général. Pour autant, celle-ci étant laissée à l'appréciation des départements selon leurs besoins, certains ne jugent pas nécessaires son attribution au regard de la population couverte puisque cette habilitation entraîne également un

3

- 1) Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;
- 2) Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;
- 3) Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques, et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;
- 4) Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;
- 5) Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;
- 6) Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

financement de ces derniers. **Or, conformément aux dispositions du droit communautaire, ce n'est pas l'existence, ni la nature du financement des activités qui induit la qualification de SSIG mais au contraire la qualification de SSIG qui permet aux autorités publiques de leur accorder des financements publics (directs ou indirects), notamment sous la forme de compensation des charges liées à l'accomplissement de leurs missions.**

- En matière de logement social, le législateur national a décliné l'intérêt général par des exigences et des missions particulières relatives (Loi SRU codifiée aux articles L411 et L 411-2 du Code français de la construction et des habitations):
 - A la mise en œuvre du droit au logement
 - A la contribution à la nécessaire mixité sociale des villes et des quartiers
 - A l'amélioration des conditions d'habitat des personnes à ressources modestes ou défavorisées
 - A la recherche de la diversité de l'habitat.

Dans les domaines du logement social, de l'amélioration de l'habitat et de l'insertion par le logement, l'intérêt général se décline par l'exigence de satisfaction d'un besoin social de base qu'est l'accès ou le maintien dans un logement décent. Cette exigence d'intérêt général trouve son fondement dans la mise en œuvre effective du droit au logement qui a valeur constitutionnelle en France et qui est inscrit dans la Loi.

9- Comment les États membres peuvent-ils utiliser les caractéristiques au niveau national, régional ou local, pour définir la mission particulière d'intérêt général d'un service social et pour en déterminer les modalités d'efficacité et d'organisation?

La méthode du faisceau d'indices est un moyen d'identifier la mission basée sur le principe de l'intérêt général des opérateurs de SSIG et de la concrétiser par l'obligation de mandatement. Les grands principes d'un système en faveur de la protection des personnes doivent être respectés et être le fondement de l'action d'intérêt général :

- des principes particuliers comme la reconnaissance de l'importance de la dignité humaine, de la solidarité, de la justice sociale, de la cohésion sociale et du bien-être, du capital social, de

l'autonomisation et de la participation des utilisateurs à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services sociaux.

- La réponse à des besoins sociaux et à des déficits sociaux auxquels le marché ne peut faire face de manière satisfaisante ou qui peuvent même être générés par certaines structures de marché.

- La non-lucrativité ou la lucrativité limitée, l'affectation des résultats à l'amélioration de la qualité du service et à la production de nouveaux services sociaux, l'ancrage local par la définition d'une compétence territoriale sont autant de principes venant décliner les caractéristiques communes identifiées par la communication.

10- L'attribution d'un mandat précis pour l'accomplissement d'une mission particulière d'intérêt général d'un service social a-t-elle posé des problèmes dans le passé?

Ainsi que nous l'avons décrit au point 8, il existe des éléments objectifs dans le droit qui inscrit la mission d'intérêt général dans des textes législatifs ou réglementaires. Le Collectif SSIG-FR conçoit que ces textes soient suffisamment précis pour être considérés comme un mandement explicite. C'est le cas notamment pour les organismes HLM. Néanmoins, cette analyse nécessite deux remarques majeures :

- Dans certains secteurs, en France, le problème qui se pose est le peu ou l'absence de reconnaissance des caractéristiques d'intérêt général. En conséquence, l'autorisation qui est donnée pour un établissement ou une activité est en rapport avec ces caractéristiques sans que celles-ci soient clairement identifiées comme étant d'intérêt général. Même, dans l'éventualité où elles bénéficieraient d'un support financier public, rares sont les exemples où l'organisme est clairement et explicitement mandaté par les pouvoirs publics pour une mission d'intérêt général. Pour autant les autorisations délivrées ont une vocation à l'être pour répondre à l'intérêt général (répondre aux besoins d'une population).
- La législation sur la concurrence n'a pas conféré un statut particulier aux organismes sans but lucratif assurant des missions qualifiées d'utilité sociale dans la loi SRU notamment au regard de l'accès à la commande publique les exposant progressivement à une concurrence des organismes à but lucratif. L'absence de règles territoriales au secteur et de culture de convention d'objectifs dans les collectivités locales accentue cette évolution.

Ainsi que nous l'avons écrit, la Loi du 2 janvier 2002 dispose que les acteurs du champ couvert par la loi sont des « développeurs de l'intérêt général ». Le Collectif SSIG-FR souligne que le caractère

d'intérêt général des missions sociales et de santé doit être clarifié, dans le respect du droit d'initiative des acteurs et sans préjudice du mandatement octroyé pour les accomplir.

Champ 4 – Utilisation des caractéristiques au niveau de l'UE

11- Veuillez indiquer comment (par exemple, de manière contraignante ou non), à votre avis, les caractéristiques d'organisation pourraient/devraient être utilisées au niveau de l'UE (par exemple, liste de contrôle agréée) de manière à vérifier si les règles communautaires applicables à un service social particulier sont respectées?

- ➔ Le pragmatisme, la proportionnalité et la méthode de la décision sur les aides d'Etat aux petits SIEG, aux « hôpitaux » et au logement social (dit Paquet Monti-Krœs) doivent être généralisés et appliqués à la question des SSIG.
- ➔ Il faut définir des conditions de compatibilité a priori aux dispositions du droit communautaire pour les SSIG afin de sécuriser les autorités publiques et les prestataires tout en introduisant une possibilité de recours comme le prévoit le Paquet Monti-Krœs, ainsi qu'un processus régulier d'évaluation.
- ➔ Le Paquet Monti-Krœs constitue une base de travail qu'il faut étendre à l'ensemble des SSIG, notamment sur la question des droits spéciaux et des régimes d'autorisation. Le champ d'application doit y être défini sur base de la finalité de la mission particulière d'intérêt général (solidarité, droits fondamentaux, dignité humaine, besoins sociaux de base) et en référence aux caractéristiques communes d'organisation et dans le respect du principe de subsidiarité.
- ★ Un tel instrument juridique doit cependant relever de la co-décision et être élaboré sur une base juridique marché intérieur. Il consistera en effet à harmoniser les conditions de compatibilité des modalités de régulation des SSIG, celles-ci restant de la pleine compétence des Etats-membres, par la définition de conditions préalables de compatibilité et des voies de recours en cas de non application de ces conditions.

Le Collectif SSIG-FR soutient qu'une directive sur les services sociaux et de santé d'intérêt économique général (hors sécurité sociale puisque non économique) serait un instrument juridique indispensable pour les opérateurs concernés. Cette directive devrait déterminer les grands principes, les valeurs et les caractéristiques (tels que relevés dans le champ 2) déclinées selon la méthode du faisceau d'indices à disposition des Etats membres qui exerceraient ainsi leur pouvoir de définition et de financement.

Cette directive pourrait être si besoin déclinable en directives sectorielles. La première d'entre elles pourrait être une réponse à la récente initiative communication de la Commission sur les services de santé.

Champ 5 – Expériences dans l'application du droit communautaire

La communication et son annexe contribuent à une clarification plus poussée des conditions d'application aux services sociaux des règles et principes communautaires, notamment dans les domaines suivants:

- *Marchés publics*
- *Partenariats public-privé*
- *Libre fourniture de biens et prestation de services et liberté d'établissement*
- *Aide d'État*

Il existe des zones grises dans l'application du droit communautaire, voire des frictions possibles avec le droit communautaire. Le Collectif a rédigé un ouvrage sur les SSIG⁴ dans lequel ces questions sont abordées et illustrées pour chacun de ses secteurs représentatifs du Collectif.

Notre conclusion est qu'une clarification juridique est nécessaire.

⁴ « Les services sociaux et de santé d'intérêt général : droits fondamentaux versus marché intérieur ? », Editions Bruylant 2006

Nous jugeons également utile d'adapter le droit communautaire pour éviter le risque d'écrémage. En effet, les acteurs de la protection sociale militent pour éviter la discrimination et l'écrémage qui sont des risques certains en cas d'application des règles du marché intérieur sans reconnaissance des spécificités des opérateurs qui accomplissent des missions d'intérêt général dans le cadre d'une directive les caractérisant. Cette évolution avait d'ailleurs été envisagée par le rapport du Parlement européen de novembre 2000 sur l'assurance maladie complémentaire.

12- Veuillez indiquer si des difficultés se produisent encore ou risquent de se produire et, dans ce cas, dans quels domaines juridiques et pour quel type de services sociaux.

Le Collectif souligne que l'absence de formulations et de définitions claires d'un service de santé ou social d'intérêt économique général peuvent accroître la complexité de la mise en œuvre au plan national. Si la liste des caractéristiques devait être exhaustive, elle entrerait en conflit avec celles déjà existantes dans la législation nationale qui à vocation à être plus pertinente au regard des systèmes nationaux dans un souci de proportionnalité et de transparence.

Pour autant, au niveau communautaire, le Collectif soutient qu'il serait utile d'avoir au niveau communautaire un faisceau d'indices harmonisé afin que les conditions de reconnaissance et d'octroi des missions de SSIG soient clarifiées au plan national.

13- Veuillez donner des exemples et des expériences concrets illustrant ces difficultés (voir point 14).

Exemples de difficultés liées à l'impact de la législation communautaire sur le secteur des SSIG en France :

Libre fourniture de biens et prestations de services et liberté d'établissement

La volonté de supprimer les entraves entre Etats membres et les barrières jugées discriminatoires pour les opérateurs issus d'autres Etats membres induit un risque de remise en cause de la régulation encadrant l'activité des services sociaux et de santé et de non prise en compte de leurs spécificités.

Le risque est moins que des opérateurs issus d'autres Etats membres viennent s'installer en France (notion de proximité à l'utilisateur), mais davantage que les cadres nationaux de régulation de l'activité de service (agrément, autorisations préalables, habilitations ...) soient remis en cause au nom de la construction d'un marché intérieur européen. Or, ces cadres nationaux sont construits avec les

parties prenantes dans un objectif de protection de l'utilisateur du service, de qualité du service et de répartition de l'offre sur tout le territoire.

Ce risque de déconstruction des cadres nationaux de régulation semble avoir été provisoirement écarté après l'adoption de la directive sur « les services dans le marché intérieur » remaniée, mais il est important de préciser dans un cadre juridique communautaire spécifique les conditions de conventionnement et de contractualisation entre les opérateurs de SSIG et les pouvoirs publics.

Marchés publics

Les directives européennes relatives aux marchés publics⁵ ont induit une pénétration croissante des logiques de concurrence dans les modes de contractualisation entre collectivités publiques et associations de solidarité.

Habituellement, en France, le mode contractuel de relation entre les collectivités publiques et les associations de solidarité (sanitaires, sociales et médico-sociales) est régi, pour le développement d'activités de services ou pour la création d'équipements, par deux modalités principales :

- la convention d'objectifs avec subventionnement
- ou un cadre de création de l'activité fixé par la loi (ex. : loi 2002/2 pour le secteur social et médico-social).

Ces deux modalités s'inscrivent dans une logique de promotion de l'initiative de l'acteur associatif qui présente un projet.

Cependant, cette logique est progressivement contrecarrée par une nouvelle logique, induite (entre autres) par l'échelon européen, celle de la mise en concurrence des opérateurs dans le cadre d'un appel d'offres. Dans ce dernier cas, c'est la collectivité publique qui a la maîtrise de la commande et des conditions de réalisation du projet.

De façon plus large, l'application des principes généraux du Traité de la Communauté européenne sur la libre circulation des biens et des services et sur la libre prestation de services a conduit les autorités communautaires à réglementer les conditions d'attribution des marchés publics, afin d'éviter que ceux-ci soient organisés au seul niveau national ou régional et aient des effets restrictifs sur les échanges de biens et de services au sein du marché intérieur européen⁶.

⁵ directive 2004/18 du 31/03/2004 relative aux marchés publics de travaux, de fournitures et de services des secteurs « classiques »

Les organismes de droit public, qui souhaitent passer des contrats pour la réalisation de travaux, de services et de fournitures, sont donc tenus au respect d'exigences en matière de publicité d'égalité de traitement et de mise en concurrence de leurs éventuels prestataires.

Ces obligations sont énoncées dans des directives européennes relatives aux marchés publics et se déclinent en droit français dans le code des marchés publics⁷.

En France, le secteur social et médico-social est exclu de toute logique formelle de mise en concurrence dans la mesure où les projets de création de structure portés par les opérateurs doivent être présentés et réexaminés dans le cadre d'une procédure régie par la loi. Mais on peut s'interroger sur la soumission progressive des services sociaux, médico-sociaux et sanitaires « aux procédures de mise en concurrence inhérente à la commande publique : marchés publics ou délégations de services publics ».

Il existe pour le moment seulement quelques décisions isolées de collectivités locales qui pourraient cependant ultérieurement s'étendre à ce secteur sur le fondement du respect des principes d'égalité de traitement entre opérateurs, de libre accès à la commande publique, de transparence et de libre concurrence. La pression communautaire pourrait rejoindre ici l'évolution des pratiques des collectivités territoriales. Ainsi en France, les conseils généraux utilisent de plus en plus souvent le code des marchés publics lorsqu'ils passent contrat avec les associations de solidarité ; ils ne reconduisent pas toujours les conventions des associations ou parfois déconventionnent au titre du respect du Code des marchés publics.

Encadré n° 6 :

Partenariats public-privé dans le domaine du logement social: l'incertitude reste importante sur la qualification des PPP de certaines opérations mixtes de logement social, incertitude sur la qualification des PPPI de certains organismes HLM, incertitude sur le droit applicable aux PPP et aux PPPI.

Des exemples de l'évolution des pratiques des collectivités territoriales :

Sur certains territoires, des sociétés anonymes ont récupéré les missions d'accompagnement social liées au logement. Il en est de même pour des actions relevant de l'accompagnement social des personnes prises en charge dans le secteur de l'insertion par l'activité économique.

Les champs les plus touchés par cette évolution sont ceux de l'insertion par l'activité économique, de la prévention spécialisée, de la petite enfance et de l'accompagnement social lié au logement.

Ce passage d'une logique de subvention à une logique de rémunération de prestations, avec une mise en concurrence des opérateurs par les commanditaires, banalise la spécificité associative dans la

⁷ décret 2006-975 du 1^{er} août 2006 portant Code des marchés publics

mise en œuvre de missions d'intérêt général. Il y a en germe le risque de la non-reconnaissance implicite de ce que sa finalité non-lucrative représente dans la poursuite de ces missions.

14- Veuillez donner un aperçu du débat dans votre pays/organisation sur la manière souhaitable de résoudre ces difficultés (par exemple, clarification des règles de non applicabilité de l'aide d'État à différents services sociaux d'intérêt général).

L'arrêt Altmark Trans du 24 juillet 2003⁸ apporte des éléments de réponse à la question du financement des missions d'intérêt économique général. Il évoque également la question du mandatement.

Selon cet arrêt, une compensation représentant la contrepartie des prestations effectuées par les entreprises bénéficiaires pour exécuter des obligations de service public échappe à la qualification d'aide d'Etat, mais à la condition qu'elle remplisse quatre conditions strictes :

- Un mandatement pour exécuter des obligations de service public, clairement définies⁹ ;
- Des paramètres établis préalablement, de façon objective et transparente pour calculer la compensation ;
- Une compensation restreinte au strict nécessaire pour couvrir tout ou partie des coûts occasionnés par l'exécution des obligations de service public ;
- Un niveau de compensation (déterminé par comparaison avec les coûts qu'aurait à supporter une entreprise moyenne) lorsque la sélection se fait en dehors du cadre d'une procédure de marché public.

Lorsque ces quatre critères sont remplis, les compensations de service public ne constituent pas des aides d'Etat, et les dispositions des articles 87 et 88 du traité ne sont pas applicables.

⁸ Arrêt du 24 juillet 2003, aff. C-280/00, Altmark Trans, Rec., p. I-7747.

⁹ La Cour en déduit que la juridiction de renvoi devra donc examiner si les obligations de service public qui ont été imposées à Altmark Trans ressortent clairement de la législation nationale et/ou des licences en cause au principal.

Le Collectif SSIG-FR-FR formule la demande explicite d'une reconnaissance des autorités publiques par un acte respectant des principes de proportionnalité, non-discrimination, transparence. De cet acte découle une sécurité juridique formalisée pour les opérateurs de SSIG.

En ce qui concerne la question du financement, des éléments caractéristiques et opérationnels des activités sociales ou sanitaires doivent prévaloir dans :

- Une logique de participation globale au système de protection sociale solidaire.
- Une logique de projets viables en réponse aux besoins de populations et d'accès à des prestations pour tous selon ce besoin.

Ces deux principes étant posés, on notera que :

Les ressources des organismes de protection sociale mutualistes proviennent principalement des cotisations de leurs membres, ces organismes participent pleinement au système de protection sociale français fondé sur la solidarité. Ils peuvent également bénéficier à la marge de subventions et autres avantages en nature ou financiers tels que réduction ou déduction fiscale, facilités de crédit, dont le but ne doit être en effet que de maintenir ce rôle.

Dans cette continuité les autorités nationales françaises ont inscrits un faisceau de caractéristiques qui permettent des exonérations fiscales pour des activités de gestion de contrats d'assurance complémentaires solidaires et responsables sous réserve que les opérateurs respectent des critères de solidarité et de mutualisation supplémentaires

Conformément aux dispositions du droit communautaire, ce n'est pas l'existence, ni la nature du financement des activités qui induit la qualification de SSIG mais au contraire la qualification de SSIG qui permet aux autorités publiques de leur accorder des financements publics (directs ou indirects), notamment sous la forme de compensation des charges liées à l'accomplissement de la mission (voir point 8).

Même s'ils se voient confier des délégations de service public, les organismes de protection sociale mutualistes mènent surtout des activités d'intérêt général de leur propre initiative. La compensation versée aux SSIG est limitée à la couverture des missions d'intérêt général et ne donne pas lieu à une surcompensation. Se pose cependant la question de l'évaluation **a priori** des coûts de service public.

De plus, le caractère de non-lucrativité de ces organismes rend difficile une analyse des coûts basée sur ceux d'une entreprise moyenne (cf. quatrième condition de la jurisprudence Altmark).

Enfin, l'encadrement communautaire des aides d'Etat sous forme de compensations de service public¹⁰ a explicité les cas où la compensation de service public pouvait être qualifiée d'aide d'Etat mais néanmoins pouvait bénéficier d'une dispense de notification et d'une exemption pour le secteur hospitalier et du logement social. Ces éléments demeurent cependant insuffisants pour répondre aux problématiques issues des spécificités des organismes de SSIG.

Selon la Commission, les aides qui ne remplissent pas l'ensemble de ces critères définis dans l'arrêt Altmark peuvent néanmoins être déclarées compatibles avec le Traité en application de l'article 86§2 du TCE, si elles sont nécessaires au fonctionnement d'un service d'intérêt économique général. Ainsi, l'encadrement communautaire prévoit une dispense de notification pour les aides de faible importance¹¹ et pour les activités liées au logement social et aux hôpitaux. Il serait tout à fait justifié d'élargir cette dispense de notification à l'ensemble des SSIG.

Comme déjà indiqué, les notions « d'hôpital » et de logement social selon les caractéristiques de la décision du 28 novembre 2005 précitée, les exemptent de notification. La notion d'hôpital doit être considérée à l'aune de chaque système de santé national qui détermine les types d'établissements concernés par cette notion. Malgré cette exemption, les autorités publiques nationales demandent des réponses à chaque point de l'article 4 de cette Décision Communautaire afin de valider l'acte de mandatement au regard de la mission d'intérêt général.

Si la reconnaissance de l'accomplissement de missions d'intérêt général par les organismes membres du Collectif SSIG-FR devait s'étendre à l'application des bases définies dans l'arrêt Altmark, ceux-ci soulignent que les quatre conditions sont liées aux circonstances de l'espèce. Celles-ci devraient être transposables aux SSIG et à la protection sociale au regard de leurs spécificités. En effet, par la nature même de leurs activités, les organismes à vocation sanitaire et sociale ne peuvent pas remplir toujours stricto sensu les conditions fixées dans l'arrêt Altmark.

Champ 6 – Régimes de sécurité sociale répondant aux critères définis dans la jurisprudence rendue dans l'affaire Poucet et Pistre.

¹⁰ Communication dans laquelle la Commission apporte d'importantes précisions sur le calcul du montant de la compensation et la problématique de la surcompensation, J.O. n° C 297 du 29 novembre 2005

¹¹ Décision 2005/842/CE de Commission du 28 novembre 2005, J.O. n° L 312 du 29 novembre 2005, p. 67.

15- Veuillez indiquer si les champs 2, 3 et 4 pourraient aussi avoir de l'intérêt au regard des régimes de sécurité sociale répondant aux critères définis dans la jurisprudence de l'affaire Poucet et Pistre.

Cette question doit être clarifiée. En effet, les champs 2, 3 et 4 portent sur la notion d'intérêt général en vertu de la nature économique du service. Or la sécurité sociale (en tant qu'activité) reste un SSIG de nature clairement non économique selon la jurisprudence de la CJCE. La question ne se pose donc pas.

A ce titre, tous les projets évoqués de directive traitant des services sociaux d'intérêt général devraient se borner à couvrir les SSIG économiques ne s'appliquant pas à la Sécurité sociale.

16- Veuillez indiquer s'il est nécessaire d'expliquer plus profondément et spécialement l'application des règles communautaires telles qu'elles sont énumérées au champ 5 à ces régimes de sécurité sociale.

Sur ce point, il est nécessaire de faire une distinction claire entre les régimes de sécurité sociale (approche fonctionnelle) et les organismes de sécurité sociale (approche organique).

En ce qui concerne les premiers, la situation est claire : par opposition aux activités de protection sociale complémentaire, cette activité constitue un SSIG non économique qui doit uniquement prendre en compte les règles communautaires en matière de coordination (règlement 1408-71 et suivants).

En ce qui concerne les seconds, leur situation est duale au regard de leurs activités. Leur activité de régime de sécurité sociale relève du cas mentionné dans le paragraphe précédent. Mais certains organismes de sécurité sociale peuvent également développer, dans le prolongement de ces obligations de service public d'autres activités (services à la personne, action sanitaire et sociale, services de santé...) de nature clairement économique pour lesquelles leurs préoccupations en matière d'application des règles communautaires à ces SSIG économiques rejoignent celles d'autres types d'opérateurs comme les associations, les mutuelles, puisque couverts par une même régulation.

Champ 7 – Mesures futures au niveau de la Communauté

17- Quelles sont vos attentes quant aux mesures futures au niveau de la Communauté?

Les institutions européennes doivent adopter une approche communautaire coordonnée, cohérente et non dissociée sur les services sociaux et de santé de nature économique, à travers l'adoption d'un cadre juridique de type directive sectorielle. Actuellement, les services sociaux et les services de santé font l'objet de deux processus communautaires distincts : Une proposition de directive séparée pour les services de santé couvrant les questions telles que la mobilité des patients devrait être publiée dans un futur plus ou moins proche, tandis que la question des services sociaux vient d'être traitée dans une communication de la Commission européenne parue fin avril. Cette approche distincte est regrettable.

Le Collectif SSIG-FR souhaite plus de clarté juridique : Une directive doit fixer les caractéristiques de la mission d'intérêt général pour les services sociaux et de santé de nature économique.

Ce cadre juridique serait en effet à même d'assurer au niveau communautaire un cadre juridique stable et transparent pour les SSIG, dans le strict respect du principe de subsidiarité et notamment des compétences des collectivités locales et régionales dans la définition des missions, la gestion et le financement de ces services.

Le contenu de la directive sur les SSIG devrait :

- Rappeler la liberté des Etats de définir, organiser et financer les SSIEG ;
- Reconnaître la spécificité et le rôle joué par l'économie sociale et l'économie mixte dans la fourniture de ces services ;
- Définir les conditions de conventionnement et de contractualisation entre les opérateurs de SSIEG et les pouvoirs publics (sur une base d'exigences de transparence en définissant les conditions et le contenu du mandat) ;
- Définir les conditions de compatibilité a priori des droits spéciaux sous forme de régime d'autorisation comme moyen d'imposer une obligation de service public découlant d'une mission d'intérêt général ;
- Préciser les conditions d'application des dispositions du Traité de la Communauté européenne relatives au droit de la concurrence au regard des missions d'intérêt général exercées par ces services ;
- Affirmer des principes de qualité des SSIG, d'évaluation des besoins et de participation des bénéficiaires ;
- Mettre en place une participation à l'échelon européen des acteurs sociaux à la prise de décision (identification des besoins, définition des missions, évaluation).

Du fait entre autre de l'exclusion des services sociaux et de santé du champ d'application de la directive sur les services, il est important de déboucher rapidement sur l'adoption d'un cadre juridique communautaire stable et spécifique pour clarifier l'application du droit de la concurrence et des règles du marché intérieur au regard de leurs missions d'intérêt général, faute de quoi ces

services continueront à souffrir d'une certaine insécurité juridique, liée notamment aux aléas de la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes.

Enfin, dans le processus en cours sur les SSIG, il est important que les institutions européennes garantissent une procédure de dialogue et de concertation avec les acteurs de la société civile organisée. En effet, les acteurs non lucratifs sont des acteurs essentiels dans le repérage des besoins et dans l'organisation des réponses. Ils sont donc incontournables dans la procédure de suivi et de dialogue sur les SSIG.

Les organismes composant le Collectif SSIG-FR sont pleinement conscients des responsabilités et des devoirs qui en découlent.

18. Si des mesures futures devaient être envisagées, notamment un échange intensifié d'informations, la méthode ouverte de coordination, des communications de la Commission, mais aussi une directive cadre sur les services sociaux, quel pourrait en être le contenu, mais aussi quels en seraient les avantages ou inconvénients?

La MOC est dans la situation actuelle un outil moins pertinent qu'un texte législatif apportant de la sécurité juridique. Ceci est une démarche intéressante pour ce qui relève de l'échange de pratiques mais cela ne clarifie pas les zones grises et les zones de tensions avec le droit communautaire.

La demande en faveur d'un texte législatif a déjà été formulée à l'occasion de divers travaux et consultations par de nombreux acteurs sociaux. La Commission s'est engagée à émettre ses propositions pour le 2^e semestre 2007. Le Collectif SSIG-FR souhaite être pleinement intégré à l'élaboration de ces propositions.

19- Veuillez indiquer ce que vous attendez de la procédure de suivi et de dialogue sous la forme de rapports bisannuels comme l'a annoncé la communication.

Le Collectif soutient l'initiative de la Commission de réaliser un panorama du secteur en Europe. Nous attendons de la Commission qu'elle réponde aux demandes des acteurs du secteur en faveur d'une directive traitant de manière spécifique les services sociaux et de santé d'intérêt économique général. Cette demande a d'ailleurs été formulée récemment par le Parlement européen à l'occasion de l'adoption d'un avis sur le livre blanc sur les SIG et du Comité des régions allant dans le même sens.

COLLECTIF



AGIR ENSEMBLE POUR DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTE DE QUALITE EN EUROPE

www.ssig-fr.org

COLLECTIF



CEEP France - FAPIL - FEHAP - FHF - FNARS – FNMF – FNSEM - MFP - MGEN - MSA - PACT-ARIM - UNCCAS – UNIOPSS - USH