



Paris, le 15 février 2007

DG EEMPL - CAD A/ 03659

Date. 20/02/2007

CF: E

C.

**COMMISSION EUROPEENNE**  
**DG Emploi, Affaires sociales & Egalité**  
**des chances**  
**Direction E « Protection sociale et**  
**Intégration sociale »**  
**B – 1049 BRUXELLES**  
**BELGIQUE**

**A l'attention de Monsieur Jérôme VIGNON,**  
**Directeur**

Affaire suivie par Cornélia FEDERKEIL-GIROUX  
Entité DAP EURO  
Réf 2007 E 011

Objet : Réponse de la Mutualité Française au questionnaire du Comité de la Protection sociale européen sur les services sociaux d'intérêt général (SSIG).

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de trouver ci-joint la contribution de la Mutualité Française au deuxième questionnaire du Comité de la Protection sociale européen relatif aux services sociaux d'intérêt général. Les éléments de réponse viennent compléter ceux déjà communiqués lors du premier questionnaire de 2004, en voici les principaux points.

Le mouvement mutualiste se félicite de la communication de la Commission européenne et des champs couverts par celle-ci. Néanmoins il est très regrettable que le domaine de la santé en soit exclu. En effet, seule une approche globale des besoins des personnes (sanitaire, sociale et médico sociale) permettrait une réponse de qualité en termes de services. C'est la raison pour laquelle, la réponse de la Mutualité Française intègre le champs du médico-social dans les exemples qui illustrent son propos.

Les critères proposés (ou faisceau d'indices) par la Communication caractériseraient bien les services qui relèveraient de l'intérêt général. Le principe de non-lucrativité qui identifie l'opérateur et l'importance de la démocratie participative, fondement de la gouvernance mutualiste sont deux éléments essentiels.

Par ailleurs, sans remettre en cause sa nature économique, la protection sociale complémentaire devrait être considérée comme relevant de l'intérêt général et favorisant la pérennisation d'un système de protection sociale solidaire.

Dans le respect du droit d'initiative des acteurs et sans préjudice du mandat octroyé pour les accomplir, le caractère d'intérêt général des missions sociales et de santé nécessite clarification, tant du point de vue de droit communautaire que du droit national.

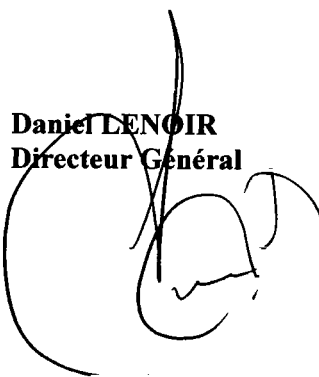
En conséquence la Mutualité Française est favorable à une directive traitant spécifiquement de la question des services sociaux et de santé d'intérêt général.

Les missions d'intérêt général sont peu définies et caractérisées en droit français. C'est la raison pour laquelle, les groupements mutualistes souhaitent un acte explicite des autorités publiques précisant la notion de l'intérêt général. De cet acte découlerait une sécurité juridique, formalisée dans le cadre des règles du Traité, en équilibrant les règles du marché intérieur et les exemptions au titre de l'intérêt général.

Je souhaite que cette contribution, bien que non exhaustive, retienne votre attention.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma parfaite considération.

**Daniel LENOIR**  
**Directeur Général**





## Questionnaire du Comité européen de la Protection sociale sur les services sociaux d'intérêt général

### Reponse de la Mutualité Française

**Présentation de la Mutualité Française :** Les mutuelles réunies au sein de la Fédération Nationale de la Mutualité Française sont des sociétés de personnes dont l'activité principale est l'assurance santé, en complément ou en substitution de l'assurance maladie obligatoire. Certaines d'entre elles proposent également à leurs membres des prestations d'assurance prévoyance ou d'assurance retraite. D'autres ont pour activité la gestion de services de soins et d'accompagnement social (établissements de santé, pharmacies, centres de santé...). Au nombre d'environ 2 000, elles couvrent plus de 38 millions de personnes, pour un poids économique de 17 milliards d'euros.

Leur mode de fonctionnement est en tous points conformes aux principes rappelés dans le document de la Commission « Les mutuelles dans une Europe élargie » : absence de parts sociales ou d'actions, liberté d'adhésion, but non lucratif, démocratie participative, indépendance de gestion vis-à-vis de l'Etat et la solidarité, en refusant notamment toute discrimination financière ou sélection des risques.

#### Remarques préliminaires :

La Mutualité Française a répondu au premier questionnaire du CPS de 2004. Depuis, elle observe des évolutions notables de ce dossier au niveau européen et des évolutions dans la prise en compte du caractère d'intérêt général au niveau national. Les activités des mutuelles, régies par le code de la Mutualité sont couvertes par le questionnaire ainsi que par la communication du 26 avril 2006<sup>1</sup>.

Cependant, la Mutualité Française a pu constater que deux types de questions sont posées : d'une part, celle sur leur caractère ou non d'intérêt général, et d'autre part, celle sur leur éventuel caractère économique ou non économique. Ces deux questions sont certes complémentaires mais distinctes.

Les SSIG revêtent une dimension d'intégration allant au-delà de la simple assistance et de l'action en faveur des plus démunis. Leur objet est de répondre à un besoin permettant l'accès de tous aux services sociaux fondamentaux.

L'objet de certaines questions doit par conséquent parfois être précisé. Pour certaines, le questionnaire parle-t-il des services sociaux dans leur globalité ou des services sociaux à caractère d'intérêt général ? Ne pas être explicite sur ces deux points entretient une confusion qui ne participe pas à la clarification souhaitée par le questionnaire.

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

## 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*.

a). La communication gagnerait en clarté à utiliser le terme « services sociaux d'intérêt général ». La réponse de la Mutualité Française s'inscrit dans cette perspective.

Partant du postulat que la description faite s'applique aux SSIG et non à l'ensemble des services sociaux, la liste mentionnée par la Communication est positive car très représentative des activités mutualistes.

La communication sur les SSIG du 26 avril 2006 propose un champ d'application large des services sociaux qui reconnaît explicitement la forme mutualiste et le mode de gouvernance différent de ces opérateurs (par exemple, appel au bénévolat, le but non-lucratif) et fait référence à leurs activités notamment « régimes complémentaires de sécurité sociale, sous leurs diverses formes d'organisation (mutualistes ou professionnelles), couvrant les risques fondamentaux de la vie, tels que ceux liés à la santé, la vieillesse, les accidents du travail, le chômage, la retraite, le handicap ».

Les réalisations sanitaires, sociales et médico-sociales organisées et gérées par les organismes mutualistes sont également couvertes puisque la communication s'élargit aux « services essentiels fournis directement à la personne à titre d'assistance dans les défis immédiats de la vie ou les crises, dans l'intégration sociale, dans les besoins à long terme liés à des problèmes de santé ou un handicap, ou dans l'accès au logement ».

De plus, la communication met notamment l'accent sur la prévention, le bon accomplissement des droits fondamentaux et la cohésion sociale, rôle historiquement assuré par les organismes mutualistes.

Reste que la description des services sociaux tels que mentionnée dans la Communication tend à donner un caractère restrictif aux services sociaux en les assimilant le plus souvent à des services pour des personnes en situation d'indigence. Il est important de rappeler que les services sociaux doivent répondre à un besoin précis d'une personne en état de vulnérabilité physique ou sociale même ponctuel. Ils 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 en la matière (cf. article en annexe n°1).

b) Sur la correspondance entre les régimes de sécurité sociale et les critères qui découlent de la jurisprudence *Poucet et Pistre* :

La description faite dans le cadre du questionnaire constitue un progrès par rapport à la communication du 26 avril, car elle opère une claire distinction entre les régimes obligatoires de sécurité sociale et les régimes complémentaires de protection sociale, là où le texte du 26 avril les mettait dans une seule et même sous-catégorie. Or, cela entretient une confusion puisque les SIG n'ont pas vocation à être soumis à une quelconque réglementation Communautaire.

Tout d'abord, cette question vise-t-elle la sécurité sociale – régime obligatoire – ou bien plus largement la protection sociale – non seulement le régime obligatoire mais aussi le régime complémentaire et l'action sanitaire et sociale ? Parmi les services sociaux, le secteur de la protection sociale au sens large illustre en effet très bien la nécessité de ne pas confondre les deux questions mentionnées plus haut : d'intérêt général ou non ? Economique ou non économique ?

A cet égard, nous relevons que dans l'affaire Poucet et Pistre, relative à un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, la question ne portait pas sur son éventuel caractère d'intérêt général, qui n'était pas mis en cause, mais bien sur sa dimension économique ou non économique. La Cour de Justice des Communautés européennes a mis en avant plusieurs éléments établissant par conséquent 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 ne sont pas proportionnelles aux cotisations, les prestations peuvent donc être octroyées même sans versement de cotisations et il existe des mécanismes de compensation entre les régimes.

Dans l'arrêt COREVA de 1995, les mêmes critères ont été repris pour vérifier le caractère économique de l'activité. Mais la Cour a établi d'autres caractéristiques qui définissent selon nous le caractère d'intérêt général. Ainsi, on pourra citer 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... A contrario, d'autres critères établissent clairement le caractère économique d'un régime complémentaire : l'affiliation facultative, la capitalisation, les prestations en fonction du montant des cotisations.

En conséquence, il 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 des services sociaux au niveau communautaire, dans le domaine précis de la complémentaire santé, afin de permettre d'aider à clarifier ce qui relève ou non de l'intérêt général, au delà de la question de savoir ce qui est économique ou non.

Il 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 de l'intérêt général.

**Toutefois, en vertu de ce qui vient d'être dit, la Mutualité Française souhaite attirer l'attention sur le point suivant : La protection sociale complémentaire est de nature économique et la sécurité sociale est non – économique mais l'un et l'autre doivent être considérés dans la pérennisation d'un système de protection sociale solidaire comme étant d'intérêt général.**

En effet, le régime complémentaire adossé au régime général de sécurité sociale prolonge, et complète ce dernier, au point de contribuer avec lui à satisfaire un besoin vital, c'est-à-dire l'accès à un service de santé, par son financement. L'accès à la santé constitue un des droits sociaux fondamentaux tels que reconnus par la Charte européenne des droits fondamentaux.

Or, le vieillissement démographique, l'apparition des nouvelles pathologies, les progrès de la médecine et de la recherche, la demande croissante de soins de santé ont entraîné une augmentation constante et certaine des dépenses de santé.

Parallèlement, l'Etat français se trouve confronté à la faible croissance économique et à la montée du chômage qui pèsent sur le financement du remboursement de ces coûts.

Le système de sécurité sociale qui repose sur le principe de la solidarité sociale entre les générations et qui doit être préservé, ne peut plus garantir à lui seul l'accès aux soins de santé au travers de leur financement mais nécessite l'intervention d'autres acteurs.

Dès lors, le régime complémentaire joue un rôle de plus en plus important en matière de couverture des risques maladie et exerce une fonction déterminante de complément du système légal de sécurité sociale.

Ce transfert de solidarité est pris en compte par l'Etat français qui a mis en place un dispositif d'aide au maintien ou à l'acquisition d'une complémentaire santé qui s'applique en fonction des ressources du foyer.

Il est essentiel de rappeler que cet ordre des choses a été accepté et adopté par la Loi 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, qui a rendu obligatoire la CMUC (comme la Mutualité Française l'a rappelé dans le courrier au Premier ministre Jean-Pierre Raffarin du 6 avril 2005 en référence au premier questionnaire du CPS d'octobre 2004, en annexe n° 2) et par la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie. Ces dispositions manifestant une reconnaissance du rôle des opérateurs économiques constituent selon notre appréciation des éléments suffisants et pertinents pour que l'administration nationale organise un acte de mandatement, reconnaissant que les caractéristiques des activités exercées par ces organismes sont consubstantielles de l'Intérêt général, dans le cadre du système de protection sociale national français. Ces mécanismes prouvent, s'il en était besoin, que les régimes de protection sociale complémentaire santé participent à l'objectif d'intérêt général d'accessibilité aux soins de santé par leur financement. Les mutuelles participent par leur offre de service également à une plus grande accessibilité.

Bien évidemment, le régime complémentaire constituera un service social d'intérêt général lorsqu'il permettra l'accès au régime en répondant aux premiers critères suivants :

- l'organisme ne devra pas recueillir d'informations médicales auprès de l'assuré souhaitant bénéficier de la couverture,
- les primes ne devront pas être fixées en fonction de l'état de santé des bénéficiaires souhaitant bénéficier de la couverture.

Le caractère d'utilité sociale du régime complémentaire a été apporté par le rapport du Parlement européen sur l'assurance maladie complémentaire<sup>2</sup>:

« 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 »

**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.**

La communication de la Commission européenne incite les répondants à évoquer la division entre services sociaux et services de santé.

**Il est regrettable que le champ de la communication et donc du questionnaire exclue les services de santé de son champ d'application.** Même s'il est difficile de circonscrire ce champ, ses finalités et ses modes d'organisation sont similaires aux services sociaux. Les activités mutualistes dans les champs sanitaire, social et médico-social sont le plus souvent indissociables.

Cette division entre services sociaux et services de santé est donc artificielle. A titre illustratif, les centres de santé selon le code de la santé publique (article L 6323-1) doivent offrir des soins de proximité et mener

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

des actions sociales. Ils le font notamment dans des zones où l'accès aux services est limité pour des raisons géographiques ou financières.

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. Ils existent réglementairement des services polyvalents de soins infirmiers et de services à domicile. Ils sont conjugués et complémentaires.

Dans l'éventail des activités susceptibles d'être accomplies dans les domaines social et sanitaire par les organismes mutualistes, on peut souligner les 4 grandes catégories suivantes :

- la participation à la gestion de l'assurance maladie obligatoire ;
- l'assurance complémentaire ;
- l'offre de services sanitaires, sociaux y compris des logements à vocation sociale (pour famille mono-parentale, étudiants, personnes en insertion par exemple), médico-sociaux et culturels<sup>3</sup>
- la promotion de la santé en général.

Ainsi que nous l'avons mentionné lors de notre réponse au questionnaire de 2004, les organismes mutualistes de la Mutualité Française proposent des services spécialisés dans la petite enfance tels que des systèmes de gardes atypiques (ouverture 24/24), et avec des plages horaires élargies. Les parents peuvent être associés en participant au conseil d'administration.

Ainsi, la manière dont le service est rendu est en rapport avec le statut de l'opérateur., puisque notamment l'absence de but lucratif, la vocation démocratique de celui-ci ont une incidence sur l'offre du service elle-même .

## **Champ 2 – Pertinence des caractéristiques**

### **3. Veuillez 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<sup>4</sup> dégagées par la communication sont pertinentes, sous réserve des propositions faites au point 4, et correspondent au mode de fonctionnement particulier des organismes mutualistes 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 avec les SIEG dits « de réseaux », ainsi qu'avec les services sociaux qui ne pourront pas être qualifiés d'intérêt général pour lesquels le droit du marché intérieur s'appliquera.

<sup>3</sup> cf. art. L111-1 Code de la Mutualité

<sup>4</sup>

- un fonctionnement sur la base du principe de solidarité,
- un caractère polyvalent et personnalisé pour garantir les droits humains fondamentaux et protéger les personnes les plus vulnérables,
- l'absence de but lucratif,
- la participation de volontaires et de bénévoles,
- un ancrage marqué dans une tradition culturelle (locale),
- une relation asymétrie entre prestataires et bénéficiaires ne pouvant être assimilée à une relation « normale » de type fournisseur-consommateur requérant ainsi la participation d'un tiers payant.

C'est en fonction de l'activité que la notion de faisceau d'indices devrait être mise oeuvre par les autorités publiques nationales selon un caractère proportionné, de transparence et de sécurisation. Cette notion permettrait ainsi à chaque Etat membre de bien maîtriser la définition du SSIG, le plus opportunément possible, 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**

La caractéristique sur « l'ancrage marqué dans une tradition culturelle (locale) » pourrait être reformulée ainsi : « 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 effectivement qu'ils sont prestés au niveau local.

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

a) Un accent plus prononcé sur le fonctionnement autonome et démocratique serait aussi utile pour souligner la spécificité des organisations mutualistes : participation dans la prise de décision (contrôle démocratique) .

La forme particulière des organismes mutualistes implique l'absence de part sociale ou d'action et l'utilisation des excédents pour remplir des objectifs sociaux en rapport avec la finalité des organisations. Les excédents peuvent, le cas échéant, permettre une évolution des prestations, ou 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** constituée des adhérents et/ou de leurs délégués de la mutuelle.

b) 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 défaillance 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).

c) Au niveau français, les caractéristiques des contrats responsables (voir en annexe n° 3) et solidaires établissent pertinemment une mutualisation fondée sur la non-sélection et pour les seconds sur une participation exemplaire à la santé publique par un rôle accru en matière de prévention.

La mutualisation des risques s'opérant sur une base non lucrative, non discriminatoire puisque non financière, et non pathologique, permet d'opérer une distinction avec les activités d'assurance purement commerciales et lucratives.

Une notion de proximité doit également être affirmée, avec des actions s'adressant autant à des territoires de vie qu'à des individus.

6. **Veillez 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.**

Les exemples proposés sont notamment sur :

- Le volet démocratie, le code de la mutualité inscrit ce principe de participation à la prise de décision des adhérents (article L114.6) – Le rôle de l'AG est défini à l'article L114-9 et indique que l'AG statue notamment « sur les prestations offertes ».
- La non-sélection des bénéficiaires (article L112.1 : « les mutuelles et les unions qui mènent des activités de prévention ou d'action sociale ou qui gèrent des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ne peuvent moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu ou de la durée d'appartenance à la mutuelle ou du régime de sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants. Les mutuelles et les unions exerçant une activité d'assurance sont soumises aux dispositions de l'alinéa précédent pour les opérations individuelles et collectives à adhésion facultative relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. **Pour ces opérations, les mutuelles et les unions ne peuvent en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de leurs membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.** »)

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)?**

La Mutualité Française souhaite que la logique d'identification des SSIG se fasse selon une logique d'inclusion de ces services et que les règles communautaires reprises dans la directive « services dans le marché intérieur » s'appliquent sous réserve des caractéristiques des SSIG.

Dans cette perspective, 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 et avec les caractéristiques qu'elle définit. 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. **Veillez 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 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 :

« 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. »

- Le régime complémentaire constitue un service social d'intérêt général lorsqu'il répond à des critères sociaux facilitant ainsi l'accès aux soins médicaux.  
L'Etat peut privilégier certaines actions ou services d'intérêt général menés par des opérateurs privés. Pour bénéficier de ces régimes particuliers, les opérateurs qui choisissent de mener ces actions ou réaliser ces services doivent respecter des critères d'intérêt général dégagés par les services publics. Ces critères sont par exemple la solidarité inter-générationnelle, la gestion de la CMUC, la mise en oeuvre de dispositifs liés à la situation sociale des utilisateurs des services concernés (par exemple pour les chômeurs, les apprentis...), des tarifs préférentiels, des conditions d'âge pour développer les services rendus aux jeunes ou aux personnes âgées, etc.
  - 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, 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 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. 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. 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. 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 catégories<sup>5</sup>. De plus, "ces missions sont accomplies par des personnes physiques ou des institutions sociales et médico-sociales".
- 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 de santé. Pour autant, l'on peut constater que l'éventail des missions a favorisé certains types d'activités
- La Mutualité Française constate par ailleurs l'utilisation de l'article 4 concernant le mandatement de la Décision communautaire 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

5

- 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.

de la gestion des services d'intérêt général »<sup>6</sup>, 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 privés 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, certains ne jugent pas nécessaires son attribution au regard de la population couverte puisque cette habilitation entraîne également un 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 la mission.**
  - La récente réforme de la fiscalité des mutuelles prévoit des exonérations fiscales pour des activités de gestion de contrats d'assurance maladie complémentaires solidaires et responsables sous réserve que les opérateurs respectent des critères de solidarité et de mutualisation supplémentaires. Certains de ces critères sont cumulatifs : respect d'un seuil minimum de contrats responsables, être inscrit comme gestionnaire de la couverture maladie universelle complémentaire. D'autres sont alternatifs comme la prise en compte de la situation sociale des assurés pour la modulation tarifaire, atteindre un seuil minimum de contrats aidés, avoir parmi ses adhérents une proportion minimale de personnes âgées d'au moins 65 ans et de jeunes de moins de 25 ans.
- 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 le concrétiser par l'obligation de mandatement. Les grands principes d'un système de protection sociale solidaire 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.

**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. La Mutualité Française conçoit que ces

<sup>6</sup> Décision 2005/842/CE de la Commission du 28 novembre 2005, JO n°L312 du 29 novembre 2005

textes sont suffisamment précis pour être considérés comme un mandement explicite. Néanmoins, cette analyse nécessite deux remarques particulières :

- 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 financement publique, rares sont les exemples où le prestataire 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).
- 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 caractère d'intérêt général des missions sociales et de santé devrait 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?
- L'idée d'une directive « générale » sur les SSIG, incluant la santé, qui serait déclinée sectoriellement autant que nécessaire telle que proposée par le rapporteur au Parlement européen, Joël Hasse Ferreira, nous apparaît pertinente. Dans le même sens, dans son rapport sur le Livre blanc sur les SIG (Rapport Rapkay), le Parlement européen invite également expressément la Commission à proposer un cadre législatif clair sur les services sociaux et de santé d'intérêt général et il désapprouve par là même la dissociation entre ces secteurs d'activité que la Commission a opérée dans sa communication du 26 avril 2006.
  - Une directive sur les services sociaux et de santé d'intérêt économique général (hors sécurité sociale puisque non économique), déterminant les grands principes, les valeurs mais surtout les caractéristiques (tels que relevés dans le champ 2) déclinés selon la méthode des faisceaux d'indices à disposition des Etats membres qui exerceraient ainsi leur pouvoir de définition et de financement, serait un instrument juridique indispensable pour les opérateurs.
  - Cette directive pourrait être si besoin déclinable en directives sectorielles.

## 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 – c'est sur ce dernier point que la réponse de Mutualité Française apportera des éléments (voir question 14).
- Il existe des zones grises dans l'application du droit communautaire, voire des frictions possibles avec le droit communautaire.
- Une clarification juridique est donc nécessaire.

En ce qui concerne leurs activités de services sociaux d'intérêt économique général, les organismes de protection sociale mutualistes ont du déjà s'adapter aux exigences du droit communautaire, d'une part avec le droit de la concurrence et les règles du marché intérieur, et d'autre part avec la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés européennes.

L'article 81 TCE relatif aux ententes est susceptible de s'appliquer aux accords conclus entre les organismes de protection sociale mutualistes, aux accords conclus entre ces organismes et les prestataires de soins ainsi qu'aux décisions des fédérations et unions de mutuelles si ces accords faussent ou menacent de fausser la concurrence. Il existe des conflits potentiels bien qu'à ce jour, ni la Commission européenne, ni la Cour de justice n'ont eu à connaître de cas faussant la concurrence.

Les éléments de solidarité nationale ont bénéficié d'une reconnaissance au niveau communautaire. Insuffisants pour exclure la qualification d'entreprise, ils peuvent néanmoins, selon la Cour de justice, entrer en ligne de compte pour faire jouer l'article 86§ 2 du traité CE. Selon cet article, les règles de concurrence ne sont applicables aux « entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général » que dans la mesure où leur application « ne fait pas échec à l'accomplissement en droit ou en fait de la mission particulière qui leur a été impartie » et ce « pour autant que le développement des échanges ne soit pas affecté dans une mesure contraire à l'intérêt de la Communauté ».

Cependant, les conditions d'application de cet article aux mutuelles n'ont pas été clarifiées. Ici se pose à nouveau la question du mandatement et du financement des missions accomplies par les organismes de protection sociale mutualistes dans leur activité de complémentaire santé.

Il serait également utile d'adapter le droit communautaire pour éviter le risque de sélection pour des raisons financières et /ou pathologiques. Les acteurs de la protection sociale militent pour éviter la discrimination et l'écrémage qui peuvent s'avérer en cas d'application *stricto-sensu* des règles du marché intérieur sans reconnaissance des spécificités des opérateurs qui accomplissent des missions d'intérêt général. Cette évolution avait 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.**

L'absence de formulation et de définition claire d'un service de santé ou d'un service social d'intérêt économique général peuvent accroître la complexité de leur mise en œuvre nationale. Si la liste de caractéristiques devait être exhaustive, elle entrerait en conflit avec celles déjà existantes dans la législation nationale qui a vocation à être plus pertinente au regard des systèmes nationaux dans un souci de proportionnalité et de transparence. Pour autant, le niveau communautaire doit préciser le faisceau d'indices afin que les conditions de reconnaissance et d'octroi des missions de SSIG soient clarifiées au niveau national.

- 13. Veuillez donner des exemples et des expériences concrets illustrant ces difficultés (voir la réponse de Mutualité Française au point 14).**

- 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 2003<sup>7</sup> 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'État, mais à la condition qu'elle remplisse quatre conditions strictes :

- Un mandatement pour exécuter des obligations de service public, clairement définies<sup>8</sup> ;
- 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'État, et les dispositions des articles 87 et 88 du traité ne sont pas applicables.

a) En ce qui concerne la première condition, la réponse au point 10 formule la demande explicite des groupements mutualistes en faveur d'une reconnaissance par un acte reconnaissant la mission d'intérêt général des autorités publiques selon des principes de proportionnalité, non-discrimination, transparence. De cet acte doit découler une sécurité juridique formalisée.

<sup>7</sup> Arrêt du 24 juillet 2003, aff. C-280/00, *Altmark Trans*, Rec., p. I-7747.

<sup>8</sup> 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.

b) En ce qui concerne la question du financement, des éléments caractéristiques et opérationnels des services (au sens de la communication) sociaux 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 :

Malgré des ressources des organismes de protection santé complémentaire mutualistes qui 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. C'est en ce sens que les mutuelles ont fait valoir les principes d'intérêt général lors des discussions sur les contrats solidaires, contrats responsables et le réforme de leur fiscalité.

- **Le régime complémentaire constitue un service social d'intérêt général lorsqu'il contribue à l'objectif de maîtrise des dépenses de santé pour en assurer un meilleur financement.** Il participe ainsi au maintien de l'équilibre financier du système de sécurité sociale qui constitue également un service social d'intérêt général. La réforme de l'assurance maladie française s'est traduite par la mise en place du contrat complémentaire santé responsable. Ce contrat prévoit notamment la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant et aux prescriptions de celui-ci. Il ne doit pas couvrir la participation mentionnée à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (1 euro). Il doit respecter certaines conditions relatives à la prise en charge des dépassements d'honoraires. Ce contrat d'assurance maladie complémentaire qui privilégie le parcours de soins, contribue à une prise en charge de qualité et à une meilleure maîtrise globale des dépenses de santé.

Ainsi, le régime complémentaire constitue un service social d'intérêt général lorsqu'il répond dans une certaine proportion aux critères des contrats responsables.

Les autorités françaises ont été par ailleurs invitées par la Commission soit à supprimer l'exonération de la taxe de 7% sur les contrats d'assurance complémentaire maladie en faveur des mutuelles et institutions de prévoyance, soit à veiller à ce que l'aide résultant de l'exonération ne dépasse pas les coûts afférents aux contraintes assumées, au titre d'un service d'intérêt économique général<sup>9</sup>. L'exonération bénéficie à tous les contrats d'assurance maladie dits « solidaires ». Ces contrats sont conclus sans examen médical, indépendamment du statut juridique de l'organisme d'assurance concerné. La Commission a estimé que la mesure pouvait bénéficier de la dérogation de l'article 87§ 2a du traité CE au profit des « aides à caractère social ». Elle a relevé que l'avantage ainsi octroyé privilégie la conclusion des contrats sans examen médical et interdit ainsi la prise en compte de l'état de santé de l'assuré, ce qui favorise la couverture de tous les individus et limite le risque d'écrémage par les opérateurs privés. Elle a considéré que ces caractéristiques démontrent que ces contrats contribuent à assurer la protection sociale de la population et à mettre en oeuvre le **principe de solidarité**<sup>10</sup>. Depuis le 1er janvier 2005, date d'application des contrats dits « responsables », les contrats collectifs facultatifs ou les contrats individuels ne peuvent bénéficier d'une exonération fiscale que s'ils respectent les conditions cumulatives des contrats « solidaires » et des contrats « responsables ».

Par ailleurs, en France, des textes législatifs régissent l'assurance santé complémentaire, son statut fiscal et son rôle. La loi du 13 août 2004 reconnaît ainsi le rôle nécessaire du régime complémentaire et conditionne les exonérations fiscales et sociales dont il bénéficie au respect d'un cahier des charges de

<sup>9</sup> Lettre de la Commission du 15 novembre 2001, IP/01/1575.

<sup>10</sup> Lettre de la Commission du 2 juin 2004, C(2004)1922 fin.

nature « impérative » (article 57). Il s'agit des contrats dits « responsables » (cf. question 5 point C). Les éléments constituent un faisceau de critères.

Ceux-ci ont été reconnus comme constitutifs des critères permettant l'application d'une fiscalité différenciée pour les opérateurs respectant des critères de solidarité et de mutualisation supplémentaires (voir point 8 dernier alinea)

- A titre d'observation, les mutuelles de fonctionnaires en France se sont vues remettre en question par une recommandation de la Commission européenne, les subventions versées par l'Etat employeur au titre de l'aide à la mutualisation complémentaire des agents de la fonction publique.  
Le postulat de la Commission est le suivant : le secteur de la « couverture complémentaire santé » est une activité économique « classique » qui doit être régi par le droit communautaire propre au marché intérieur de l'Union européenne. Les éventuelles aides de l'Etat doivent être conformes au respect des règles y afférent.  
Les autorités publiques ont cherché une réponse appropriée qui reconnaît le caractère d'utilité sociale des mutuelles, à faire prévaloir des pratiques coûteuses de non-sélection des risques, d'universalité d'accès, de non-exclusion des mauvais risques et de solidarité. C'est pour préserver cette capacité à intervenir dans ce sens que des dispositions reconnaissant la mission de SSIG sont utiles.
- 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 (3<sup>ème</sup> condition de l'arrêt Altmark Trans). 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 (quatrième condition).**
- 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, 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 importance<sup>11</sup> et pour les activités liées au logement social et aux « hôpitaux ». Il serait justifié d'élargir cette dispense de notification à l'ensemble des SSIG. Par ailleurs les cas où la compensation de service public pouvait être qualifiée d'aide d'Etat mais néanmoins bénéficier d'une dispense de notification et d'une exemption. Ces éléments demeurent cependant insuffisants pour répondre aux problématiques issues des spécificités des organismes de protection sociale mutualistes.
- Comme déjà indiqué, la notion « hôpital » selon les caractéristiques de la décision du 28 novembre 2005, qui exempte de notification les « hôpitaux » (voir le point 8 également sur la définition de la notion d'hôpital), doit être considérée à l'aune de chaque système de santé national qui doit déterminer 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 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 de protection sociale mutualistes devait s'étendre à l'application des bases définies dans l'arrêt Altmark, la Mutualité Française souligne que les quatre conditions sont liées aux circonstances de l'espèce. Ainsi, celles-ci devraient être reconsidérées afin d'être transposables aux SSIG et à la protection sociale au regard de

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

leurs spécificités. En effet, par la nature même de leurs activités, les organismes de protection sociale mutualiste 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.**

15. **Veillez 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 n'est pas pertinente. En effet, les champs 2, 3 et 4 portent sur la notion d'intérêt général au regard des activités économiques. 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 et ne s'appliquent pas à la Sécurité sociale.

Enfin, nous souhaiterions que la Commission indique les raisons pour lesquelles elle a souhaité poser cette question relative à la sécurité sociale étant donné les éléments qui viennent d'être énoncés.

16. **Veillez 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 leurs 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 des autres types d'opérateurs 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?**

- La Mutualité Française s'est déjà prononcée à l'occasion de ses prises de position lors de sa réponse au Livre vert de 2003, lors de sa réponse au premier questionnaire du CPS en faveur de plus de clarté juridique grâce à une directive qui fixerait les caractéristiques de la mission d'intérêt général pour les services sociaux et de santé de nature économique. Elle soutient en cela toutes les propositions du Collectif SSIG-FR dont elle est membre. Il n'est pas question par cette directive d'échapper à

quelconque règles de concurrence mais de reconnaître que les services sociaux et de santé, répondant à des caractéristiques, correspondent bien à une mission en adéquation avec le système social des Etats .La Mutualité Française est consciente des responsabilités et des devoirs qu'un tel texte engendrera mais souhaite avant tout les clarifications juridiques qui ne manqueront pas d'être apportées.

**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. Cette démarche reste très intéressante surtout si elle élargit son cercle de référence aux acteurs de la société civile. En ce sens, la Mutualité Française souhaite à l'instar des autres membres du Collectif SSIG-FR être partie-prenante à l'élaboration d'un texte législatif. La demande en faveur d'un texte législatif a déjà été formulée à l'occasion de divers travaux et consultation par de nombreux acteurs sociaux.

**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.**

Toute démarche en faveur d'une meilleure connaissance et reconnaissance des services sociaux et de santé et des organismes qui les mettent en œuvre est soutenue par la Mutualité Française. Les différents secteurs composant les services inclus dans le champ de la communication de la Commission européenne et particulièrement le secteur mutualiste sont prêts à répondre en ce sens aux sollicitation de la Commission dans l'objectif d'une avancée vers une directive traitant de manière spécifique les services sociaux et de santé d'intérêt économique général.

**RICHES ET BIEN PORTANTS** Environ 9 % de la population active travaille dans le secteur des soins. Ce chiffre va encore s'accroître : d'ici à 2025, le nombre d'infirmiers devrait par exemple augmenter de 45 %

# Quand la santé va, l'emploi va

**E**n vingt ans, le vocabulaire de l'économie de la santé s'est figé. Les dépenses sont toujours qualifiées d'« excessives », les recettes d'« insuffisantes » et les systèmes d'assurance-maladie sont présentés comme des « gouffres financiers » structurels.

Résultat : la focalisation des gouvernements, année après année, sur les comptes de la Sécurité sociale a tendance à occulter tout le reste. Un reste qui n'est pas rien : baisse drastique de la mortalité infantile, amélioration du niveau de santé, investissements industriels lourds, accroissement des connaissances scientifiques, hausse générale du niveau de l'emploi...

Si l'on prend en compte le seul critère de la création d'emploi, le secteur des professions de santé se révèle très dynamique. « Entre 1990 et 2005, les effectifs des professionnels de santé sont passés de 1 350 000 personnes (6 % de la population active) à 1 850 000 personnes (7,6 %) », écrivent Anne Billaut, Pascale Breuil-Genier, Marc Collet et Daniel Sicard, quatre chercheurs de la Drees, le service des études du ministère de l'emploi, dans une recherche consacrée aux « Evolutions démographiques des professions de santé » (Données sociales, édition 2006).

## Politique malthusienne

Sous cette dénomination de « professionnels de santé », l'Insee recense 14 métiers qui vont de médecins à manipulateurs d'appareils radiologiques en passant par aides-soignants, pharmaciens, agents hospitaliers, sages-femmes... soit uniquement des personnes qui concourent directement ou indirectement à l'acte de soins. Mais si l'on y ajoute les 100 000 emplois de l'industrie pharmaceutique recensés par Les industries du médicament (LEM) en 2005 (contre 79 650 salariés en 1990), une trentaine de milliers dans l'industrie des appareillages médicaux (pansements, seringues...), plus des secteurs nouveaux comme celui développé par Air liquide, qui fournit de l'oxygène à domicile à des personnes souffrant d'insuffisance respiratoire, on déborde très largement les 2 millions de salariés. Et les « travailleurs de santé » frôlent ainsi les 9 % de la population active.

Point important signalé par l'étude de la Drees, la hausse des effectifs du secteur de la santé a été plus rapide au cours des quinze dernières années que celle de tous les autres secteurs : 1,9 %, contre 0,7 % en

moenne par an. Mais cette croissance se révèle toutefois fort inégale, selon les professions.

Les médecins, qui étaient 205 864 au 1<sup>er</sup> janvier 2005, ont vu leur nombre s'accroître de 1,1 % par an seulement, soit 18,9 % en quinze ans. La progression a même été nulle, voire négative, ces cinq dernières années du fait d'un *numerus clausus* instauré à l'entrée des études.

Cette politique malthusienne a été directement dictée par le déficit de l'assurance-maladie : en réduisant le nombre de médecins, le gouvernement pensait réduire la prescription, et donc les dépenses de santé. Il en a surtout résulté un grave déséquilibre démographique et géographique. Un quart des médecins a ainsi au moins 55 ans, l'âge moyen étant de 48,5 ans.

Bien que quotas et *numerus clausus* aient été mis en place sur la plupart des professions de santé au milieu des années 1980, tous n'ont pas été actionnés de façon aussi malthusienne. Sur la période 1990-2005, on constate les hausses démographiques suivantes : + 54,6 % pour les sages-femmes, + 48,6 % pour les infirmiers, + 57,8 % pour les masseurs-kinésithérapeutes, + 59,1 % pour les orthophonistes, et même + 85,8 % pour les pédicures-podologues...

## Transfert des dépenses

La croissance de certaines professions s'inscrit dans un cadre libéral. D'autres, comme les aides-soignantes, sont salariées de l'Etat ou des collectivités territoriales pour les deux tiers d'entre elles. Dans les maisons de retraite publiques ou privées par exemple, la pénurie d'infirmières diplômées d'Etat a entraîné un transfert - pas toujours légal - du soin et de la distribution de médicaments vers les aides-soignantes. Ces dernières ont vu leurs effectifs grimper de 59,6 % - elles étaient 455 806 en 2005 - , mais en termes de coût, elles s'avèrent bien moins onéreuses que les infirmières.

Qu'en sera-t-il à l'avenir ? Les projections esquissées par les chercheurs de la Drees pour 2025 sont contrastées. Compte tenu du *numerus clausus*, les effectifs de médecins « devraient être inférieurs de 10 % à ceux de 2005. Il y aurait alors 3 médecins pour 1 000 habitants en 2025, contre 3,4 en 2005 ». Toutefois un relèvement rapide du *numerus clausus* stabiliserait le nombre de médecins entre 2015 et 2025.

A situation inchangée par rapport à

2005, la démographie des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes indique une tout autre tendance : « On recenserait en 2025 650 000 infirmiers (+ 45 % par rapport à 2005), 90 000 masseurs-kinésithérapeutes (+ 50 %) et 20 000 sages-femmes (+ 25 %) ».

Le vieillissement de la population va nécessiter une hausse des effectifs des professions de santé. La médicalisation à peine entamée des maisons de retraite ou le plan « solidarité grand âge » (2007-2012), qui prévoit d'investir 2,3 milliards d'euros dans la création de 2 500 places d'accueil de jour dans les maisons de retraite ainsi que d'accroître le taux d'encadrement, va poser de manière de plus en plus aiguë la question du financement : une hausse des cotisations pour accroître les recettes et maintenir une mutualisation des dépenses ? Ou une hausse des cotisations, accompagnée d'un transfert accru des dépenses en direction des ménages ? ■

YVES MAMOU



Paris, le 6 avril 2005

LE PRÉSIDENT

**Monsieur Jean-Pierre RAFFARIN**  
**Premier ministre**  
**Hôtel MATIGNON**

57 Rue de Varenne  
75007 PARIS

Affaire suivie par Cornelia FEDERKEIL-GIROUX  
Entité DGi/Departement Europe  
Ref : 2005e024

Monsieur le Premier ministre,

La Mutualité Française tient à vous exprimer sa grande surprise et son vif étonnement à la lecture de la réponse des autorités françaises au questionnaire du Comité de la Protection sociale européen relatif aux services d'intérêt général sociaux.

Il apparaît, en effet, que la réponse met en exergue le principe de solidarité comme valeur fondatrice de l'intérêt général en matière de protection sociale complémentaire, différemment selon qu'il s'agit de contrats collectifs sous prétexte de « leur caractère obligatoire » issu des accords collectifs ou de contrats individuels. Cette discrimination apparaît fort dommageable au débat qui s'engage sur la question du contenu à donner au principe d'intérêt général dans le domaine des services à vocation sociale dans le contexte européen, mais également et surtout dans le cadre de la réforme nationale de l'assurance maladie.

Je considère cette orientation préjudiciable au regard des quatre raisons suivantes :

- 1 La Mutualité Française, au nom des 36 millions de personnes couvertes, exerce l'assurance maladie complémentaire selon un fonctionnement qui n'a pas pour objectif de rémunérer l'actionnariat mais de favoriser une solidarité active et maîtrisée entre les personnes. Elle participe du système de protection sociale français en constituant un des piliers de l'accès aux soins, régi par des principes fondateurs sur lesquels l'édifice de la sécurité sociale est bâti, participant d'une même logique : solidarité entre les personnes, non-sélection, non-exclusion, non-paiement en fonction du risque représenté. 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 à 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 Couverture Maladie Universelle, reconnaissance réitérée à l'occasion de la Loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004. Néanmoins, l'adhésion à une mutuelle reste juridiquement un pilier facultatif du système, relevant d'un dispositif de solidarité volontaire.

2. A l'occasion de la réponse de la Mutualité Française à ce questionnaire dont votre administration a été destinataire le 13 décembre 2004, il a été rappelé les dispositions relatives aux « contrats solidaires » adoptés par la Loi de finances rectificative de 2001, exonérant 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. 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.
3. Les contrats « responsables » souhaités par votre gouvernement seront prioritairement réalisés par les contrats individuels. Les mutuelles de la Mutualité Française n'ont jamais souhaité déroger au rôle qu'elles se sont assignées démocratiquement au sein de leurs instances. Afin de garder l'esprit de la réforme que votre gouvernement a mis en place, fondée sur la maîtrise des dépenses, leur premier acte fut de voter unanimement le refus de prendre en charge les dépenses supplémentaires en dehors du parcours de soins. La Mutualité Française a soutenu la non-prise en charge de la participation forfaitaire obligatoire, mesure qu'elle n'a cependant jamais approuvée. Le contrat complémentaire santé devra être pleinement responsable et c'est dans cet esprit qu'elles portent leur effort comme vous pouvez l'observer.
4. L'évaluation qui a été faite en mars, dans l'avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, conforte nos constats en rappelant l'alourdissement des dépenses des complémentaires et en proposant de limiter le bénéfice d'exonérations fiscales et sociales à des contrats répondant à des critères de solidarité et de responsabilité.

La légitimité des contrats collectifs dans les discussions relatives à l'intérêt général n'est pas remise en cause. Cependant, dans le débat actuel et les interrogations qui se font jour sur l'avenir de l'Europe sociale, le sentiment d'une remise en question des éléments de dispositifs solidaires serait contraire à l'esprit de la construction communautaire.

La Mutualité Française est soucieuse que la notion d'intérêt général qu'elle promeut et qu'elle fait vivre à travers son action et ses réalisations soit défendue de manière dynamique et prospective. Nous regrettons d'autant plus que nos propositions n'aient pu trouver l'écho favorable qu'a suscité la mobilisation interne du mouvement mutualiste français dans la préparation de notre réponse et reprenant les éléments objectifs rappelés dans notre contribution aux autorités françaises.

C'est pourquoi, au nom de la Mutualité Française et de ses instances, je vous demande qu'un addendum à la réponse française, présentant tous les éléments relatifs au système français de protection sociale complémentaire en matière de santé, soit porté à la connaissance des plus hautes instances communautaires compétentes.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier ministre, l'expression de ma haute considération.

  
Jean-Pierre DAVANT

PJ · Réponse de la Mutualité Française au questionnaire du CPS sur les SSIG  
Copie de la lettre transmise le 13 décembre 2004 aux destinataires référencés



26 décembre 2006

Département Europe

ANNEXE

Pour qu'un contrat d'assurance maladie complémentaire soit considéré comme responsable, il doit respecter, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, les règles liées au parcours de soins (régime issu de la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie et complété par le décret du 29 septembre 2005 : CSS., art. L. 871-1, R.871-1 et R.871-2).

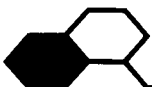
Dès lors, le contrat responsable est le contrat qui prévoit :

▪ **Trois exclusions :**

- exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire de 1 euro ;
- exclusion de la prise en charge de la majoration appliquée à l'assuré qui ne respecte pas le parcours de soins (défaut de choix d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin n'entrant pas dans le parcours de soins et/ou dépassement d'honoraires sur les actes cliniques et techniques de certains spécialistes consultés hors du parcours de soins : franchise de 8 euro) ;
- exclusion de la prise en charge de la majoration appliquée à l'assuré qui refuse de communiquer son dossier médical personnel à chaque étape du parcours (condition reportée au 1<sup>er</sup> juillet 2007).

▪ **Deux prises en charge :**

- prise en charge des prestations du médecin traitant (au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ou correspondant ; au moins 30 % du tarif servant de base au remboursement des médicaments prescrits par le médecin traitant ou correspondant ; au moins 35 % du tarif servant de base au remboursement des frais d'analyse ou de laboratoire prescrits par le médecin traitant ou correspondant) ;
- prise en charge de la totalité de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires (CSS, art. L. 871-1 . arrêté du 8 juin 2006).



**MUTUALITÉ  
FRANÇAISE**

ASSOCIATION NATIONALE  
DE MUTUALITÉ FRANÇAISE  
15, RUE DE VAUGIRARD,  
75014 PARIS CEDEX 15  
mutalite.fr

03659



0140

LA POSTE  
BP 003251

**PRIORITAIRE  
PRIORITY**

