



Inspection générale
des affaires sociales

Evaluation du secteur des mutuelles du Livre III du code de la mutualité

RAPPORT

Anne-Marie BROCAS, Michel DURAFFOURG, Jean-Paul SEGADE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

MAI 2014
2013-123R

SYNTHESE

Historiquement les mutuelles ont développé, en lien ou en complémentarité avec leur activité d'assurance, des structures et services sociaux ou sanitaires réunis sous le vocable de réalisations sociales. Ces réalisations ont pris aujourd'hui le nom de « Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes » (SSAM).

Ces structures et services répondent à deux objectifs : répondre à des besoins dans des domaines où les prix ou la nature de l'offre ne permettent pas de fournir aux mutualistes une réponse adaptée, développer une expertise dans la mise en œuvre de ces activités en favorisant notamment des innovations susceptibles de traduire les valeurs de la mutualité, notamment de non lucrativité.

Globalement il existe environ 2 500 services et structures sanitaires et sociaux, gérés par 172 organismes mutualistes, qui emploient 25 000 salariés et libéraux représentant, selon la FNMF, un chiffre d'affaires annuel de l'ordre de 3 milliards d'euros. Au sein de ces services, l'offre en soins de ville est la plus importante en volume avec des centres de santé principalement dentaires, des magasins d'optique et d'audioprothèse, et quelques pharmacies qui constituent plus de 65% de l'ensemble, cependant que les établissements sociaux et médico-sociaux en représentent 30% et les établissements de santé, relevant aussi bien du secteur des ESPIC que du secteur commercial 5%. En revanche, en termes de produits d'exploitation, les établissements de santé représentent 40% du chiffre d'affaires total.

Inégalement répartis, les structures et services sanitaires et sociaux mutualistes, occupent une place variable dans l'offre sanitaire et sociale globale, selon les territoires et les régions reflétant l'implantation diverse du mouvement mutualiste et la diversité de choix opérés localement.

Le particularisme de ces services et structures s'est atténué avec le développement général du système sanitaire et social. Cependant, lorsqu'ils sont bien implantés (notamment dans des zones où sont pratiqués des prix élevés et des dépassements), ils peuvent contribuer de façon appréciable à l'accessibilité financière de prestations pour lesquelles les « restes à charge » des ménages sont susceptibles d'être lourds : optique, audioprothèses, soins dentaires, maisons de retraite médicalisées. Par ailleurs, les mutuelles restent le vecteur d'actions innovantes et manifestent la volonté de porter de tels projets en accord avec les orientations des pouvoirs publics (prises en charge de premier recours, des malades chroniques et des personnes dépendantes dans une logique de parcours, dans le domaine de la psychiatrie, du handicap psychique et des handicaps sensoriels...).

L'appréciation que l'on peut porter sur ces orientations est positive. Leur mise en œuvre suppose cependant que les groupements mutualistes veillent, en liaison avec les collectivités publiques, à la pertinence des implantations et activités développées au regard des besoins, ainsi qu'à la viabilité des services et structures qu'ils gèrent, ce qui suppose d'assurer l'équilibre d'exploitation et de dégager les capacités d'investissement nécessaires.

L'analyse menée à un niveau global, met en évidence une situation financière moyenne proche de l'équilibre en termes d'exploitation sous l'effet de compensations entre des activités structurellement excédentaires (optique et audioprothèses) et des activités structurellement déficitaires (les centres de santé et une partie des activités hospitalières de court séjour notamment). Cependant, on peut craindre que ces effets de compensation ne se poursuivent pas à moyen terme, du fait de la modification du régime fiscal de certaines activités et de contraintes croissantes pesant sur le secteur de l'optique et des audioprothèses sous l'effet de la concurrence sur les prix et du développement du conventionnement.

Par ailleurs, une attention particulière doit être portée aux secteurs requérant des investissements et, s'agissant des établissements hospitaliers, comportant des risques financiers lourds.

Dans le secteur médico-social, la mobilisation des bailleurs sociaux ou des collectivités locales (ou d'autres solutions mises en place par certains groupements pour traiter de la dimension foncière et immobilière de la gestion des établissements) et la fixation de tarifs adaptés par les financeurs (collectivités territoriales et ARS) doit conforter une offre privée non lucrative nécessaire en complément des offres publique et privée lucrative.

En revanche, s'agissant du secteur hospitalier, la mission est beaucoup plus réservée.

Les activités de court séjour développées dans les établissements mutualistes ne présentent pas de spécificité particulière (même si certaines se situent sur le terrain de l'excellence). Il en est de même de certaines activités de SSR, mais celles-ci, qui ont été fortement restructurées, offrent l'avantage de pouvoir s'inscrire dans des parcours de soins, soit post-hospitalisation, soit en préparation d'un hébergement de longue durée. Dans le secteur de la psychiatrie, un certain nombre d'établissements mutualistes assurent des prises en charge tout-à-fait spécifiques et innovantes.

Les établissements mutualistes et, en particulier ceux qui interviennent en court séjour, connaissent, pour un grand nombre d'entre eux, des difficultés financières récurrentes et ne peuvent, du fait même de leur caractère mutualiste, recourir pour assurer leur équilibre à des politiques de spécialisation ou d'augmentation de la tarification des prestations accessoires, comme peuvent le faire d'autres établissements privés.

La faiblesse du taux d'investissement moyen observé dans les établissements mutualistes fait peser des menaces sur l'avenir.

Il n'apparaît pas, pour toutes ces raisons, que les groupements mutualistes aient de façon générale la vocation et la capacité de développer des activités hospitalières, particulièrement dans le champ du court séjour. Cette considération doit être nuancée s'agissant de quelques territoires où existent de longue date une implantation et une expérience solides dont la viabilité serait assurée.

Enfin, le pilotage, les plans de redressement financiers et les restructurations engagées ou nécessaires pour les établissements hospitaliers sont extrêmement lourds et requièrent la mise en place de gouvernances fortes, d'une professionnalisation de la gestion et, pour les établissements les plus importants, d'instances de gestion particulières.

En 2001, la transposition des directives d'assurance aux mutuelles a conduit à une séparation entre les mutuelles effectuant des opérations d'assurance et les mutuelles gestionnaires de réalisations sanitaires et sociales. Les unes désormais régies par le Livre II du code de la mutualité, les autres par un Livre III ; les premières soumises à des règles précises de solvabilité mobilisant des fonds propres importants, les secondes s'inscrivant dans un cadre juridique allégé.

Le dispositif juridique actuel ne permet pas d'assurer une structuration juridique suffisante et des conditions de gestion garantissant la viabilité des groupements du Livre III.

Cette situation, qui a pu être un temps mésestimée, conduit aujourd'hui à rebâtir un cadre institutionnel destiné à favoriser l'équilibre des activités et à offrir, aux mutuelles gestionnaires, des outils destinés à développer la maîtrise des risques et le contrôle interne.

Cette réforme interne doit permettre à la mutualité de continuer à jouer un rôle d'acteur innovant tout en assurant l'équilibre des comptes des structures gestionnaires. Elle est d'autant plus légitime que la mise en place de réseaux de soins ouverts aux mutualistes, sur la base de services propres, est une stratégie datée : les réseaux sont trop petits pour offrir une solution alternative globale, l'ouverture à l'ensemble de la population diminue l'intérêt de développer des services financés exclusivement par les mutualistes, la voie du conventionnement avec les offreurs de soins devient, par ailleurs, un axe prépondérant d'intervention des mutuelles.

S'il ne s'agit pas pour la mutualité d'abandonner les services, il est indispensable d'en améliorer la gestion.

Il convient tout d'abord de systématiser la mise en œuvre d'outils de gestion des services et des structures gérés par les mutuelles du Livre III en complétant l'objet social de ces mutuelles par la mise en place de tels outils. Il convient ensuite de rendre obligatoire pour les mutuelles du livre III les plus importantes des dispositifs d'audit et de contrôle internes, à l'instar de ce qui existe pour les mutuelles du Livre II.

Ce renforcement de la professionnalisation de la gestion et la mise en place d'un véritable contrôle interne des groupements du Livre III devrait être accompagné de l'institution d'un système extérieur de surveillance et de prévention des risques.

C'est à la FNMF que revient la responsabilité de mettre en place, grâce à son expérience du système fédéral de garantie applicable aux mutuelles du Livre II, un système de remontée des comptes destiné à s'assurer de la qualité de la gestion des mutuelles du Livre III sous la forme d'un « système fédéral de prévention des risques ».

La mise en œuvre d'indicateurs objectivant la situation économique et financière des activités mutualistes par métiers est la contrepartie de la participation des services d'action mutualiste à un projet collectif et l'expression de leur solidarité au sein du mouvement mutualiste.

Ces indicateurs doivent être des outils de contrôle financier mais aussi d'aide à la bonne gouvernance des mutuelles avec trois finalités : une aide aux acteurs internes, un appui aux institutions qui les hébergent, et une garantie pour le mouvement mutualiste.

Pour permettre à la FNMF d'exercer cette mission, deux voies juridiques sont ouvertes.

L'une est celle d'une réforme des statuts de la fédération prévoyant la mise en place d'un système fédéral de prévention des risques, s'imposant aux groupements, dès lors qu'ils sont adhérents de la Fédération, sans conséquence sur leur autonomie de gestion. Cette voie, que la FNMF a commencé de mettre en œuvre, peut se heurter à un refus de certains groupements. Fondée sur la modification des statuts de la FNMF elle ne permet pas l'application du système aux mutuelles non adhérentes. Or, il existe deux autres fédérations mutualistes : la Fédération nationale indépendante des mutuelles et la Fédération du groupe Pasteur propre aux mutuelles médicales, sans prendre en compte la singularité de la Fédération des mutuelles de France.

L'autre voie est celle d'une modification du code de la Mutualité permettant de poser le principe d'application du dispositif à l'ensemble du champ mutualiste et de préciser les pouvoirs fédéraux en assurant l'effectivité. Elle suppose que les missions des fédérations de mutuelles définies par le code de la mutualité soient complétées par une mission d'impulsion et de coordination de la mise en place d'outils de gestion des risques au sein des groupements mutualistes, dans le cadre d'un système de prévention. Sa généralisation pourrait être garantie par l'obligation faite aux mutuelles du Livre III d'adhérer à un tel système. Les principales caractéristiques de ce système de prévention pourraient être prévues par les textes, fondant le pouvoir fédéral d'obtenir dans des délais précis des remontées d'information, comptables notamment, de procéder à des audits, d'alerter les groupements mutualistes du Livre III et les mutuelles du livre II concernés, de faire des observations et des recommandations, d'accompagner des mesures de redressement. Les systèmes fédéraux mis en place à ce titre pourraient être soumis à un agrément du Ministre chargé de la mutualité.

L'efficacité du système fédéral suppose que les groupements alertés prennent les mesures nécessaires pour assurer la viabilité de leurs activités en s'appuyant sur les recommandations qui leur sont faites. La question peut se poser, dans un certain nombre de cas, où la structuration encore insuffisante des groupements du Livre III s'accompagne de dispositifs de gouvernance faibles. Les évolutions en cours pour mieux organiser le secteur en regroupant les structures et services sanitaires et sociaux dans des entités de taille suffisante et dans lesquelles sont mis en adéquation le pouvoir de décider et la responsabilité économique devraient à terme répondre à ce problème. Cette évolution devrait trouver sa traduction dans une adaptation du code de la mutualité conduisant à développer davantage les dispositions du Livre III notamment et à préciser les activités entrant dans le champ mutualiste ainsi que le cadre juridique de leur réalisation.

Peut-on aller plus loin et prévoir un pouvoir des instances fédérales de nommer une administration provisoire se substituant aux instances responsables d'un groupement du Livre III ? Cela paraît juridiquement difficile, s'agissant de personnes privées et compte tenu du principe d'autonomie des mutuelles.

On peut considérer suffisants les dispositifs d'administration provisoire existants susceptibles d'être mis en place à l'initiative du juge ou des autorités administratives dans leur champ de compétence propre, sous réserve des améliorations qui pourraient être apportées à ces dispositifs et sur lesquelles des réflexions sont en cours (ACPR et ARS).

Les compléter par un pouvoir attribué aux fédérations supposerait sans doute que celles-ci soient soumises à un agrément spécial de l'Etat au titre d'une mission de service public ou d'une utilité publique renvoyant à un champ et à des modalités d'exercice des activités mutualistes à préciser, d'autant plus que l'on observe le développement d'activités contrôlées par des groupements du Livre III dans le cadre de structures non mutualistes (associations ou sociétés commerciales).

La mission propose que l'Etat demeure à l'extérieur du processus de régulation envisagé, sauf dans les situations où il dispose des outils nécessaires pour intervenir au titre notamment de dispositions spécifiques liées à l'exercice du droit de l'autorisation par les agences régionales de santé essentiellement. Cela nécessite d'abroger la disposition de l'article L.510-1 du code de la mutualité qui dispose que : « Le ministre chargé de la mutualité exerce le contrôle des mutuelles et des unions régies par les dispositions du Livre III », ainsi que la disposition réglementaire confiant, sans autre précision, la mise en œuvre de ce contrôle à la Mission Nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale. Comme l'a montré l'analyse conduite par la mission juridique du Conseil d'Etat, faute de précisions, ces dispositions donnent tout au plus un droit d'information et un pouvoir de conseil à l'Etat, tout en engageant sa responsabilité.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	9
1 L’OFFRE DE SERVICES SANITAIRES ET SOCIAUX MUTUALISTES.....	10
1.1 Une offre très diverse et inégalement implantée sur le territoire.....	11
1.1.1 Les établissements hospitaliers.....	12
1.1.2 Les établissements et services médico-sociaux.....	17
1.1.3 Les centres de santé.....	21
1.1.4 Le secteur de l’optique et de l’audioprothèse.....	23
1.1.5 Les pharmacies.....	24
1.2 Une offre dont la spécificité s’est atténuée avec le temps.....	24
1.2.1 Une activité hospitalière où le poids du court séjour s’est accru et qui s’accompagne d’un effort de limitation des prix des prestations accessoires et des dépassements.....	25
1.2.2 Dans le secteur médico-social un effort pour développer une certaine variété de prises en charge et dans les établissements des prix conformes à la moyenne du secteur privé non lucratif...26	
1.2.3 Les centres de santé.....	26
1.3 Une offre dont l’équilibre financier n’est pas assuré à long terme.....	30
1.3.1 L’équilibre financier global des SSAM, tous secteurs confondus.....	31
1.3.2 La problématique de l’équilibre financier du secteur hospitalier.....	32
1.4 Les axes de développement des SSAM et d’amélioration de leur efficience.....	37
2 LE CADRE ET LES CONDITIONS DE GESTION DES SERVICES SANITAIRES ET SOCIAUX MUTUALISTES.....	40
2.1 La transposition des normes européennes modifie profondément l’organisation du secteur mutualiste.....	40
2.1.1 L’organisation institutionnelle des groupements mutualistes du Livre III.....	41
2.1.2 Un effort de la FNMF pour renforcer la gouvernance des Unions territoriales.....	44
2.1.3 Des formes variées d’articulation entre les groupements mutualistes et les SSAM.....	45
2.1.4 Un paysage hétérogène aussi bien du point de vue des statuts des groupements mutualistes du Livre III, que de la taille et de la nature des activités qu’ils couvrent.....	47
2.2 L’équilibre financier des structures du Livre III et leurs modalités de financement.....	49
2.2.1 La situation financière des groupements du livre III.....	49
2.2.2 Des sources de financement des groupements mutualistes du Livre III contraintes par le droit communautaire et par la réforme des statuts de la Mutualité.....	51
2.2.3 Les aides publiques.....	52
2.3 Des perspectives incertaines dans un contexte de constitution de groupes aux stratégies variées s’agissant des relations entre LII et LIII et des SSAM.....	54
2.3.1 Un mouvement de concentration rapide dans le champ du Livre II.....	54
2.3.2 La concentration du secteur du Livre III.....	56
2.3.3 Des stratégies diverses des grands groupes de LII vis-à-vis des SSAM.....	57
3 LE CONTROLE ET LA MAITRISE DES RISQUES SONT DESORMAIS DES ENJEUX MAJEURS.....	59
3.1 Les groupements du Livre III doivent s’intégrer dans une culture de gestion des réalisations sanitaires et sociales.....	59
3.1.1 L’extension des procédures d’audit et de contrôle interne aux groupements du Livre III est nécessaire.....	59
3.1.2 La rénovation des outils d’audit et de contrôle doit renforcer la professionnalisation de la gestion des réalisations mutualistes.....	61
3.1.3 La FNMF peut assumer un pilotage national des risques pour les mutuelles adhérentes.....	62

3.2 La mise en place de procédures de contrôle externe sur l'ensemble du champ du Livre III mérite d'être examinée sur le plan juridique.....	67
3.2.1 Le produit d'une histoire	67
3.2.2 La complexité de la rédaction actuelle de l'article L510 .1 du code de la mutualité.....	68
3.2.3 Faut-il mettre en place un contrôle d'Etat pour les mutuelles du Livre III. ?.....	69
LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	71
LETTRE DE MISSION.....	73
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	75
ANNEXE 1: L'OPTIQUE ET LES AUDIOPROTHESES	79
ANNEXE 2: LES PHARMACIES MUTUALISTES.....	83
ANNEXE 3: FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE ET D'ACTION MUTUALISTE	87
ANNEXE 4: ORGANIGRAMME DE LA MUTUALITE FINISTERE MORBIHAN	95
ANNEXE 5: UNE ANALYSE FINANCIERE DES SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISTES (SSAM)	97
ANNEXE 6: LES RISQUES FINANCIERS DU SECTEUR DU LIVRE III.....	101
ANNEXE 7: LE CONTROLE INTERNE L'AUDIT INTERNE ET LA GESTION DES RISQUES	105
ANNEXE 8 : LE ROLE DES ARS	111
ANNEXE 9 : PROJET DE LOI RELATIF A L'ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE.....	115
SIGLES UTILISES	119
BIBLIOGRAPHIE.....	121
PIECE JOINTE : NOTE A L'ATTENTION DE MR LE DIRECTEUR DE LA SECURITE SOCIALE.....	125

RAPPORT

L'existence d'une offre de services sanitaires et sociaux mutualistes est ancienne. La création de ces services est concomitante, voire dans certains cas précède, l'offre de produits d'assurance santé. La première pharmacie mutualiste est créée en 1857 à Lyon, le premier dispensaire médical date de 1879 à Angers, la première clinique mutualiste est ouverte en 1910 à Montpellier.

Le mouvement s'est poursuivi principalement dans des domaines mal couverts par la Sécurité sociale (optique, audioprothèses, soins dentaire) ou pour répondre à des logiques de prise en charge différente. A partir des années 1970, les créations sont nombreuses dans le secteur médico-social et, plus récemment, dans celui de la petite enfance. L'offre hospitalière concentrée dans certaines régions s'est renforcée depuis les années 1980 à la faveur, notamment, de reprises de cliniques détenues par des médecins.

Appelées à l'origine œuvres sociales puis en 1990 réalisations sanitaires et sociales, les réalisations mutualistes sont dénommées depuis 2003 Services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM), manifestant ainsi une ouverture sur la prévention et les soins d'accompagnement.

Ces services jouent un rôle important dans la stratégie du mouvement mutualiste qui a été ainsi résumée dans un document d'orientation du Conseil national de la FNMF de novembre 2011 :

« La Mutualité Française considère que le rôle d'acteur global de santé que veulent et peuvent jouer les mutuelles, nécessite d'accorder la même importance à la gestion des SSAM qu'à celle des activités d'assurance. Les SSAM sont constitutifs de l'identité mutualiste... Outre une couverture sociale solidaire, les adhérents mutualistes ont besoin de services sanitaires, médico-sociaux et sociaux susceptibles de les accompagner tout au long de leur vie et gérés dans un cadre mutualiste... »

Les SSAM permettent en premier lieu aux mutuelles de proposer une offre de services accessible de qualité et des tarifs compétitifs aux mutualistes, limitant leur reste à charge et contribuant ainsi à leur fidélisation. Ce faisant, les SSAM peuvent localement influencer sur les pratiques des autres opérateurs de santé.

Ils permettent ensuite d'innover dans les réponses aux besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux, d'intégrer dans une même démarche la prévention, le soin et l'accompagnement, de développer des filières de prise en charge coordonnées, de jouer un rôle de laboratoire social.

Selon les domaines d'activité, les SSAM sont également susceptibles de servir l'intérêt général et cela d'autant plus que leur ouverture à tous tend à devenir la règle commune...

La gestion des SSAM, qui contribue à la politique de maîtrise du risque des mutuelles santé, facilite par ailleurs l'acquisition par celles-ci d'une expertise utile pour élaborer leurs garanties et leurs politiques de conventionnement.

Ainsi les SSAM... sont l'un des principaux moyens qui permettent aux mutuelles de se différencier collectivement des autres acteurs de la complémentaire santé et de promouvoir des valeurs mutualistes, notamment de non lucrativité ; »

La transposition, en 2001, du droit communautaire a fait entrer le secteur de la Mutualité dans le champ des directives assurances, et imposé, en vertu du principe de spécialisation des organismes d'assurance, la séparation de la gestion des activités d'assurance et de la gestion des structures et services sanitaires et sociaux mutualistes.

Les institutions mutualistes s'en sont trouvées profondément bouleversées. Il existe désormais deux types de mutuelles : les mutuelles dites du Livre II du Code de la Mutualité en charge des opérations d'assurance (principalement de la couverture complémentaire maladie) et les mutuelles dites du Livre III du Code de la Mutualité en charge de la gestion des structures et services sanitaires et sociaux mutualistes. Les mutuelles dites du Livre II sont soumises aux mêmes règles, prudentielles notamment, et au même dispositif de contrôle (par l'Autorité de contrôle prudentiel et de régulation) que l'ensemble des autres assureurs complémentaires, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance. Les mutuelles dites du Livre III font l'objet d'un encadrement juridique beaucoup plus limité par le Code de la mutualité. Ce code a, en particulier, posé le principe d'un contrôle de ces mutuelles par l'Etat, contrôle qui n'a pu jusqu'ici être mis en œuvre, faute d'en voir précisées sa portée et ses modalités par des textes d'application.

L'objet du présent rapport est, dans un premier temps, de fournir une cartographie de l'offre de structures et de services sanitaires et sociaux mutualistes, d'en décrire les caractéristiques et d'en apprécier l'apport à l'offre sanitaire et sociale globale.

Dans un deuxième temps, le rapport présente la structuration des groupements mutualistes du livre III qui gèrent les structures et services sanitaires et sociaux mutualistes ainsi que les problèmes de pilotage stratégique et financier auxquels ils sont aujourd'hui confrontés, dans un contexte de forte restructuration du secteur.

Dans un troisième temps, le rapport s'attache à l'analyse des scénarios envisageables pour mettre en place dans le secteur des mécanismes de prévention des risques financiers et de contrôle, propres à anticiper les difficultés et à en consolider la gestion.

1 L'OFFRE DE SERVICES SANITAIRES ET SOCIAUX MUTUALISTES

Avant de s'interroger sur les conditions de l'équilibre financier des services et structures sanitaires et sociaux mutualistes, il importe d'examiner leur poids dans l'offre globale de services sanitaires et sociaux, leurs caractéristiques et d'identifier leurs éventuelles spécificités.

Pour mener cet examen, des sources diverses ont été mobilisées : les données fournies par la FNMF, les données issues des enquêtes ou bases de données de la statistique publique ainsi que les données de la CNAMTS. L'état actuel des diverses remontées d'information, ne permet pas d'assurer dans tous les domaines examinés un parfait recouvrement des champs couverts et une totale cohérence des nomenclatures.

Au sein de la FNMF, un certain nombre de données sont fournies par les « têtes de réseau métier » qui, même si elles regroupent la grande majorité des groupements mutualistes du Livre III, ne les couvrent pas tous et n'ont donc pas la vision exhaustive des structures et services sanitaires et sociaux correspondants. D'autres le sont par les différents départements de la FNMF qui bénéficient d'autres remontées organisées auprès des groupements mutualistes.

Quant aux données issues de la statistique publique, elles permettent de couvrir de façon à peu près exhaustive les activités hospitalières et avec un bon taux de couverture les activités des établissements pour personnes âgées et handicapées. Elles ont donné lieu à des exploitations particulières circonscrites au champ mutualiste.

Les données relatives aux centres de santé proviennent pour l'essentiel de l'exploitation réalisée par la CNAMTS des rapports d'activité des centres de santé et de la mobilisation de ses propres bases.

La mission remercie l'ensemble des services qui se sont mobilisés pour produire à sa demande des données à ce jour inédites.

Le dénombrement des structures et services constituant l'offre mutualiste, la qualification des activités qui y sont effectuées ainsi que l'évaluation des moyens qu'ils mobilisent est un enjeu pour la Mutualité. L'organisation essentiellement décentralisée de celle-ci ne facilite cependant pas la mobilisation de données complètes et parfaitement cohérentes sur le sujet, on y reviendra. Par ailleurs, dans les bases de données publiques, les services et structures mutualistes ne sont pas identifiés en tant que tels, mais le plus souvent inclus dans la catégorie des établissements et services à but non lucratif (avec des exceptions pour certaines structures et services gérés dans le cadre par exemple de sociétés commerciales).

C'est pourquoi, dans les développements qui suivent, on s'est efforcé d'assurer une aussi bonne cohérence que possible des chiffres, sans toutefois chercher à faire exactement coïncider toutes les données, ce qui en l'état des sources existantes est impossible.

1.1 Une offre très diverse et inégalement implantée sur le territoire

En 2011 il existe environ 2 500 services et structures sanitaires et sociaux, gérés par 172¹ groupements mutualistes, qui emploient 25 000 salariés et libéraux et représentent, selon la FNMF, un chiffre d'affaires annuel de l'ordre de 3 milliards d'euros.

Le tableau ci-dessous présente le panorama de ces structures et services.

Tableau 1 : Nombre et part en chiffre d'affaires des structures et services sanitaires et sociaux mutualistes selon le secteur d'activité en 2011

Secteur d'activité	Nombre de Structures et services	Part de chiffre d'affaires
Hospitalisation	111	39%
Centres de santé médicaux, infirmiers, laboratoire	72	4%
Centres de santé dentaire, laboratoires de prothèses	495	13%
Pharmacie	60	4%
Optique	700	15%
Audioprothèse	343	2%
Personnes âgées	393	16%
Handicap	164	5%
Petite enfance, services à la personne, initiatives sociales	193	2%
Total	2 531	100%

Source : La Mutualité en chiffres, édition 2012

Le nombre de structures et services sanitaires et sociaux mutualistes et le champ de leurs interventions ont connu une forte croissance à partir du milieu des années 1990 (à la suite notamment du Congrès de Bayonne de la FNMF de 1994). Alors qu'ils n'étaient que 1 400 en 1996 ils sont un peu plus de 2 500 aujourd'hui. Cette croissance s'est poursuivie à partir du milieu des années 2000 mais à un rythme plus ralenti.

L'offre mutualiste hospitalière avec 111 services et établissements représente actuellement moins de 5% du nombre de services et structures sanitaires et sociales gérés par la Mutualité, mais près de 40% de leur chiffre d'affaires total.

Le secteur médico-social pèse pour environ 30% dans le nombre de services et de structures et pour un quart environ dans le chiffre d'affaires de l'ensemble.

¹ Ce chiffre inclut un certain nombre de groupements inactifs ou ne disposant pas de SSAM mais se limitant (notamment dans la fonction publique) à la dispensation de prestations d'action sociale.

Les centres de santé médicaux, infirmiers ou polyvalents représentent 22% du nombre de services et de structures et 17% du chiffre d'affaires total.

Les secteurs de l'optique et de l'audioprothèse représentent enfin 40% du nombre de services et de structures et 17% du chiffre d'affaires total.

Cette vision nationale témoigne du poids financier important de l'hospitalisation dans l'offre sanitaire et sociale mutualiste. Elle illustre aussi le développement de nombreux points d'accueil dans les champs des soins dentaires et de l'optique.

Elle ne rend cependant pas compte de la diversité des configurations en termes d'offre de services sanitaires et sociaux que l'on observe lorsque l'on se place au niveau régional ou départemental. La répartition de l'offre mutualiste est, en effet, très hétérogène sur le territoire, reflétant l'implantation variable des mutuelles et la diversité des choix locaux qui ont pu être opérés au fil de leur histoire.

C'est la raison pour laquelle, dans les développements qui suivent, on examine le poids des services et structures mutualistes dans l'offre totale de chacun des secteurs considérés au niveau national et, chaque fois que les données disponibles le permettent, à un niveau territorial plus fin, région ou département.

Pour analyser la portée de la réponse mutualiste aux besoins de certaines populations, précaires notamment ou dans certaines zones faiblement dotées, il serait évidemment souhaitable de retenir une approche géographique encore plus fine, ce qui n'était malheureusement pas possible dans le cadre du présent rapport.

1.1.1 Les établissements hospitaliers

Pendant longtemps, les mutuelles n'ont disposé que d'un nombre limité d'établissements hospitaliers en gestion directe. Certaines mutuelles procédaient d'ailleurs par réservation de lits pour leurs adhérents dans des établissements non mutualistes. Le développement d'une offre hospitalière mutualiste s'est accéléré à partir des années 1980 à la faveur notamment de la reprise d'un certain nombre d'établissements jusque-là détenus par des médecins.

Les établissements hospitaliers mutualistes emploient environ 19 000 personnes dont 2 500 médecins.

Avec un total d'environ 9 700 lits et places, environ 8 000 dans le cadre d'ESPIC et 1 700 dans le cadre de sociétés commerciales, les établissements hospitaliers mutualistes représentent une offre significative si l'on considère la Mutualité comme une entité unique.

Cette offre est comparable à celle des groupes les plus importants présents dans le secteur hospitalier privé. Une telle comparaison, parfois avancée, est cependant abusive, dans la mesure où l'offre mutualiste ne fait pas l'objet d'une unité de pilotage et de gestion. Elle est partagée entre différents groupements mutualistes qui poursuivent des stratégies et des logiques de gestion qui leur sont propres. Elle est, en outre, répartie de façon extrêmement inégale sur le territoire.

Tableau 2 : Nombre de lits et places dans les établissements de santé mutualistes en 2011.

	ESPIC	Sociétés commerciales	Ensemble des établissements mutualistes
Nombre de lits en hospitalisation complète	5 899	1 362	7 261
<i>MCO</i>	<i>2 705</i>	<i>1 248</i>	<i>3 953</i>
Médecine	752	127	879
Chirurgie	1 604	1 039	2 643
Gynécologie-obstétrique	349	82	431
<i>Psychiatrie</i>	<i>312</i>		<i>312</i>
<i>Soins de suite et réadaptation</i>	<i>2 882</i>	<i>114</i>	<i>2 996</i>
Nombre de places en hospitalisation partielle	1 245	282	1 527
<i>MCO</i>	<i>406</i>	<i>282</i>	<i>688</i>
Médecine	88	31	119
Chirurgie	312	249	561
Gynécologie-obstétrique	6	2	8
<i>Psychiatrie</i>	<i>589</i>		<i>589</i>
<i>Soins de suite et de réadaptation</i>	<i>250</i>		<i>250</i>
Nombre de places à domicile	875	30	905
<i>MCO</i>	<i>830</i>	<i>30</i>	<i>860</i>
Médecine	786	30	816
Chirurgie			0
Gynécologie-obstétrique	44		44
<i>Autres disciplines de la section hôpital</i>	<i>45</i>		<i>45</i>
Nombre total de lits et places	8 019	1 674	9 693

Source : DREES, SAE 2011

Note de lecture : données portant sur 105 établissements repérés dans la SAE.

Si l'on raisonne en termes de poids dans l'offre hospitalière globale, l'offre mutualiste reste modeste à l'échelle nationale où elle représente environ 5% des capacités et de l'activité de l'hospitalisation privée en hospitalisation complète (1,7% rapportée à l'offre et l'activité totale publique et privée), 6% de l'hospitalisation partielle privée (2,3% rapportée à l'offre et à l'activité totale publique et privée) et 10% de l'hospitalisation à domicile privée (7% de l'hospitalisation totale publique et privée).

C'est surtout dans le secteur hospitalier des ESPIC que sont présents les établissements mutualistes. Ils y représentent 11% des lits, 14% des entrées et 10% des journées en hospitalisation complète, 11% des places et 12% des venues en hospitalisation partielle et, enfin, 12% des places et des journées en hospitalisation à domicile.

Le diagnostic est, en revanche beaucoup plus contrasté si l'on se place au niveau régional. L'offre hospitalière est, en effet, concentrée dans quelques régions où elle peut peser d'un poids substantiel. **Il n'existe une offre mutualiste hospitalière que dans 15 régions, et elle n'est très significative que dans quelques-unes d'entre elles.**

Tableau 3 : Capacités hospitalières mutualistes par région

	TOTAL MCO	Médecine	Chirurgie	Gynéco- obs	Psychiatrie	SSR
Ile-de-France						
Nombre de lits	370	130	197	43	312	353
Nombre de places	41	16	25	0	385	30
Centre						
Nombre de lits	0	0	0	0	0	255
Nombre de places	0	0	0	0	0	23
Nord-Pas-de-Calais						
Nombre de lits	0	0	0	0	0	0
Nombre de places	0	0	0	0	28	0
Bourgogne						
Nombre de lits	239	70	169	0	0	0
Nombre de places	44	13	31	0	0	0
Alsace						
Nombre de lits	0	0	0	0	0	206
Nombre de places	0	0	0	0	0	0
Franche-Comté						
Nombre de lits	289	6	220	63	0	39
Nombre de places	62	8	54	0	0	0
Pays de la Loire						
Nombre de lits	330	6	274	50	0	426
Nombre de places	88	0	88	0	0	28
Bretagne						
Nombre de lits	799	53	625	121	0	342
Nombre de places	152	18	128	6	0	73
Poitou - Charente						
Nombre de lits	0	0	0	0	0	0
Nombre de places	0	0	0	0	0	10
Aquitaine						
Nombre de lits	247	66	168	13	0	35
Nombre de places	43	3	40	0	50	0
Midi-Pyrénées						
Nombre de lits	0	0	0	0	0	403
Nombre de places	0	0	0	0	42	21
Limousin						
Nombre de lits	123	34	71	18	0	131
Nombre de places	18	8	10	0	0	35
Rhône-Alpes						
Nombre de lits	1045	395	537	113	0	456
Nombre de places	172	49	121	2	44	7
Languedoc-Roussillon						
Nombre de lits	407	73	324	10	0	166
Nombre de places	53	4	49	0	0	8
Provence-Alpes-Côte d'Azur						
Nombre de lits	104	46	58	0	0	184
Nombre de places	15	0	15	0	0	15

Source : DREES, SAE, 2011,

Dans certaines régions, l'offre mutualiste est concentrée sur certaines disciplines ; elle est plus diversifiée dans d'autres.

La Bretagne et les Pays de la Loire représentent près du tiers de l'offre mutualiste en MCO, Rhône-Alpes le quart, le reste se partageant pour l'essentiel entre le Languedoc-Roussillon, l'Ile de France, la Franche-Comté et l'Aquitaine.

L'offre en SSR est plus répartie. Environ le quart de cette offre est en Bretagne et Pays de la Loire, près de 15% en Rhône-Alpes et 15% en Midi-Pyrénées, le reste se partageant pour l'essentiel entre l'Île de France, le Centre, l'Alsace, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon et le Limousin.

L'offre mutualiste en psychiatrie est concentrée en Île de France qui assure la totalité de l'offre en hospitalisation complète et les deux-tiers de l'offre en hospitalisation partielle propre à la mutualité.

Si l'on considère le poids de l'hospitalisation mutualiste dans l'offre hospitalière totale, le point de vue est un peu différent selon que les structures mutualistes sont implantées dans des zones déjà bien dotées ou non.

Si l'on rapporte l'offre mutualiste à l'offre privée totale, son poids est particulièrement élevé dans un faible nombre de régions:

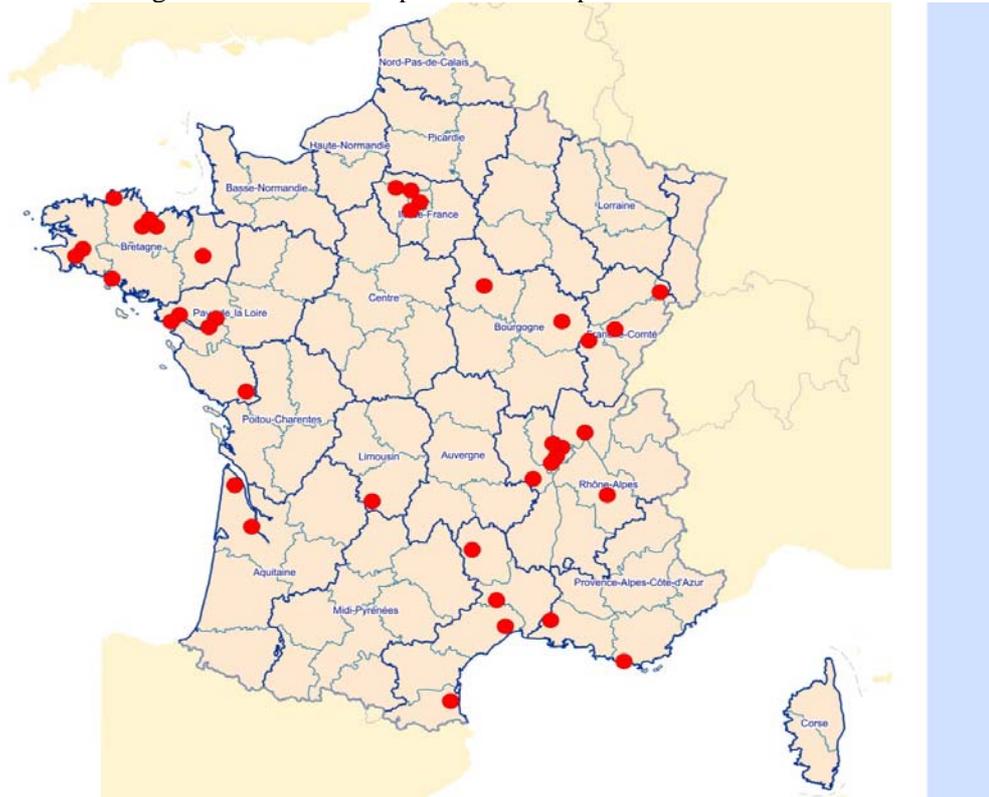
- S'agissant du MCO en Franche Comté où elle représente 42% des lits et places privés ou en Bretagne où elle représente 25% des lits et places privés alors qu'elle représente 16% en Rhône-Alpes, 14% dans le Limousin, 12% en Bourgogne, 10% en Languedoc-Roussillon et dans les Pays de la Loire, mais seulement 2,5% en Île de France.
- S'agissant du SSR dans le Limousin où elle représente plus de 40% de l'offre privée, cependant qu'en Bretagne et dans les Pays de Loire elle représente environ 15% de l'offre privée et elle est comprise entre 10% et 15% en Midi-Pyrénées, dans le Centre et en Alsace, mais représente seulement 3% en Île de France.

Lorsque l'on raisonne à partir des produits moyens par établissement, on constate² que les établissements mutualistes MCO sont d'une taille moyenne comparable à celle des autres établissements privés, que les établissements mutualistes SSR sont de taille plus importante que la moyenne des autres établissements du secteur privé (environ deux fois plus importants), ce qui reflète les efforts de restructuration menés dans ce secteur et, qu'enfin, les établissements psychiatriques sont de petite taille (deux fois plus petits en moyenne) que les autres établissements privés de la discipline.

On note surtout qu'il existe de longue date une intervention et une expérience hospitalière mutualiste sur certains territoires qui se traduisent par l'existence d'établissements de qualité de taille importante bien implantés qui sont d'ailleurs souvent impliqués dans des partenariats avec d'autres structures hospitalières de leur région et s'intègrent dans les orientations définies par les ARS (en Bretagne et Pays de la Loire, à Grenoble, Lyon et St Etienne notamment). Certaines structures hospitalières apparaissent, par ailleurs, comme des établissements vitrines (Institut Mutualiste Montsouris) ou le lieu d'innovations pour des prises en charge spécifiques (par exemple en psychiatrie en Île de France).

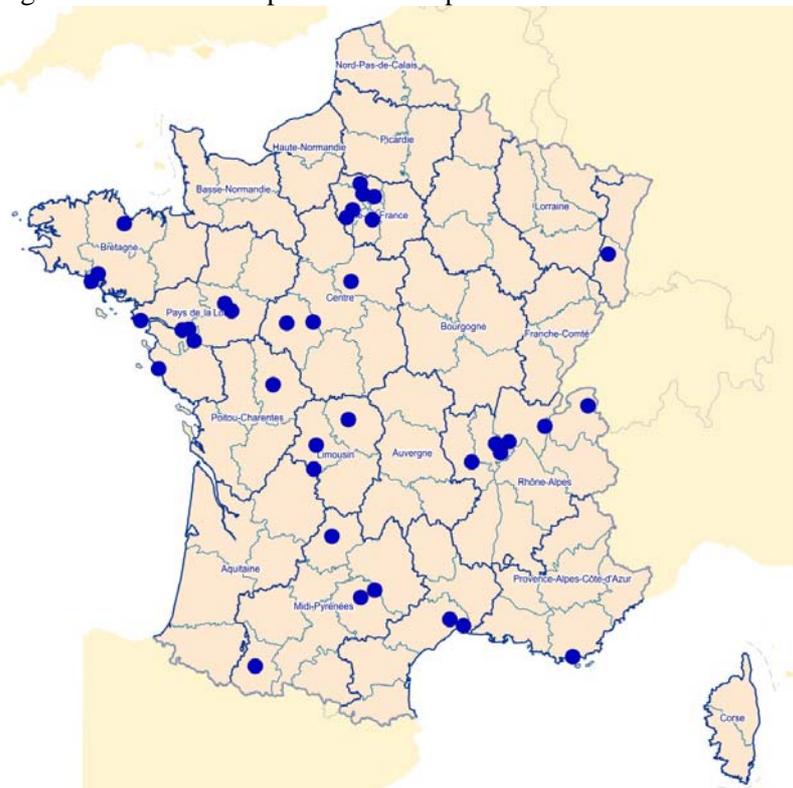
² Sur la base d'un échantillon de 62 établissements dont la DREES a pu exploiter les données comptables.

Figure 1 : Carte des implantations hospitalières mutualistes en MCO



Source : Source : FNMF, 2014

Figure 2 : Carte des implantations hospitalières mutualistes en SSR



Source : FNMF, 2014

1.1.2 Les établissements et services médico-sociaux

L'engagement de la Mutualité dans le développement d'une offre médico-sociale s'est manifesté fortement à partir du milieu des années 1970, en même temps qu'émergeait une préoccupation générale concernant la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, que ce soit dans des établissements ou dans le cadre du maintien à domicile.

C'est l'activité qui a le plus progressé dans la période récente au sein de l'offre sanitaire et sociale mutualiste, la Mutualité reprenant dans un certain nombre de cas, notamment dans le secteur des personnes âgées, à la demande des autorités locales concernées, des établissements en difficulté et s'engageant dans la période récente avec dynamisme dans des actions en direction de la petite enfance.

1.1.2.1 Les établissements et services pour personnes âgées

Généralisations Mutualistes, tête de réseau métier de la FNMF pour le secteur médico-social, dénombre environ 450 établissements et services mutualistes intervenant dans le champ des personnes âgées, dont environ 300 établissements ou résidences (incluant 200 établissements d'hébergement pour personnes âgées).

L'exploitation de l'enquête quinquennale sur les établissements pour personnes âgées de la DREES permet d'avoir une vision des établissements mutualistes et fournit une estimation très voisine du nombre des établissements. Ne sont cependant pas identifiés dans l'enquête comme offre mutualiste certains établissements associatifs qui peuvent être contrôlés par des groupements mutualistes.

Tableau 4 : Nombre d'établissements pour personnes âgées selon la catégorie au 31/12/2011

Catégorie d'établissement	Ensemble des établissements pour personnes âgées	Etablissements privés non lucratifs	Etablissements mutualistes	Part des établissements mutualistes dans l'ensemble	Part des établissements mutualistes dans le secteur non lucratif
EHPAD	7 752	2 271	181	2,3%	8,0%
Maisons de retraite (non EHPAD)	334	180	13	9,7%	7,2%
Logement-foyers	2 233	612	40	1,8%	6,5%

Source : DREES, enquête EHPA 2011 Champ : établissements, hors centres d'accueil de jour

Au niveau national, les établissements pour personnes âgées mutualistes représentent un peu plus de 2% du nombre d'EHPAD et 8% du nombre d'EHPAD du secteur privé non lucratif. Comme les autres établissements privés non lucratifs ils sont un peu plus présents que la moyenne dans le champ des maisons de retraites non EHPAD.

Ils représentent une offre de l'ordre de 14 500 places³ selon les remontées de l'enquête EHPA à rapporter à une offre totale tous types d'établissements confondus de 719 800 places, soit environ 2% des capacités d'accueil au niveau national et 7,5% du nombre de places du secteur privé non lucratif.

Cette offre de structures est complétée, selon les remontées de Générations mutualistes, par 170 services d'aide, d'accompagnement ou de soins infirmiers à domicile dont 85 SSIAD qui offrent 4 500 places.

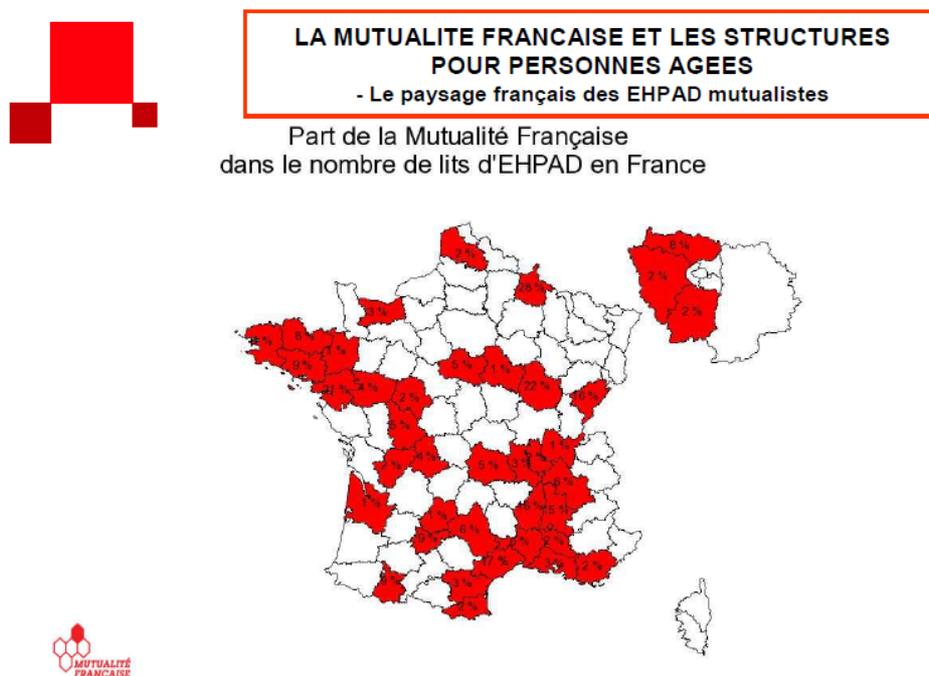
Bien que plus diffuse que l'offre hospitalière, l'offre d'accueil pour personnes âgées mutualistes est de même inégalement répartie sur le territoire.

La Mutualité dispose d'établissements ou de services pour personnes âgées dans 63 départements. Les EHPAD mutualistes sont principalement installés en Bretagne, dans le Centre Ouest et le Centre Est, sur le pourtour méditerranéen et dans l'axe rhodanien.

Dans sept départements (Ardèche, Ardennes, Côte d'Or, Doubs, Drôme, Hérault et Loire Atlantique) les places en établissements représentent plus de 10% des places installées et environ, voire plus de 15% s'agissant des EHPAD.

Il n'existe pas de corrélation entre le taux de dotation en places en établissement pour personnes âgées par département⁴ et l'ampleur de l'implantation mutualiste : ainsi le taux d'équipement global des Ardennes, du Doubs, de la Drôme et de l'Isère sont sensiblement inférieurs au taux moyen national (respectivement 88%, 76%, 96% et 87%), cependant que ce taux est supérieur à la moyenne nationale en Ardèche, en Côte d'Or, en Loire-Atlantique et proche de la moyenne dans l'Hérault (respectivement 166%, 129%, 132% et 99%).

Figure 3 : Carte d'implantation de l'offre en établissement mutualiste pour personnes âgées dépendantes



Source : Source : Générations mutualistes, FNMF, 2012

³ Générations Mutualistes dénombre 16 500 places dont 12 500 places en EHPAD.

⁴ Nombre de places en établissement rapporté au nombre de personnes de plus de 75 ans.

1.1.2.2 Les établissements et services pour personnes handicapées

Selon Générations Mutualistes, la Mutualité dispose de 170 établissements et services pour personnes handicapées, se répartissant entre un tiers pour les enfants et jeunes adultes (0 à 20 ans) et deux tiers pour les adultes (+de 20 ans).

Les établissements pour enfants et jeunes adultes, Instituts médico-éducatifs (IME), Instituts éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques (ITEP), Instituts d'éducation motrice offrent, selon Générations mutualistes, 1 200 places d'accueil pour enfants et jeunes adultes, ce qui représente environ 1% du nombre de places tous statuts d'établissements confondus au niveau national.

La Mutualité a également développé des services à l'intention des enfants et jeunes adultes handicapés, Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD).

Au sein des établissements et services pour adultes handicapés:

- Les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) et Foyers d'accueil médicalisé (FAM) offrent, selon Générations mutualistes, 1 600 places d'hébergement pour adultes. Cette offre représente environ 1% du nombre de places d'hébergement proposées tous statuts d'établissement confondus au niveau national.
- Les entreprises adaptées (EA), établissements et services d'aide par le travail (ESAT), Centres de rééducation professionnelle (CRP) offrent, toujours selon Générations mutualistes, 1 900 places pour adultes. Cette offre représente environ 1,5% du nombre de places dans des structures de ce type tous statuts d'établissement confondus au niveau national.

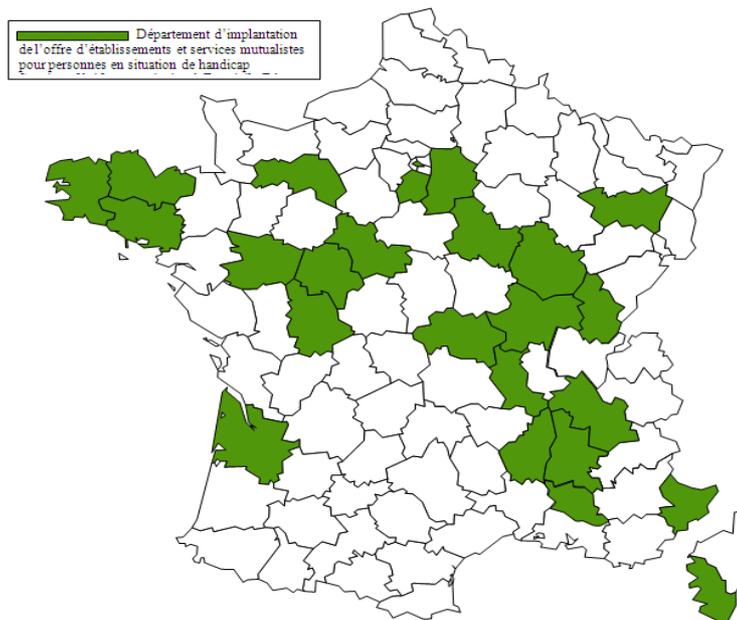
La Mutualité a aussi développé des services à l'intention des adultes handicapés : Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Groupes d'entraide mutuelle (GEM).

Elle a enfin constitué des pôles d'expertise reconnus axés sur les déficiences sensorielles.

La Mutualité dispose d'établissements et de services pour personnes handicapées dans 26 départements.

Cette offre est très inégalement répartie sur le territoire. Elle est très significative dans un petit nombre de départements. Ainsi elle représente, selon l'enquête sur les établissements pour personnes handicapées de la DREES (ES 2010), 27,7% des places en établissement pour enfants et adultes tous statuts d'établissements confondus dans la Côte d'Or, 23,6% dans le Lot, près de 10% en Saône et Loire, dans le Maine et Loire et dans la Drôme, de l'ordre de 5% en Seine et Marne, en Isère, dans le Finistère, en Indre et Loire et dans le val d'Oise.

Figure 5 : Carte d'implantation des établissements et services mutualistes pour personnes handicapées



Source : Générations Mutualistes, FNMF, 2012

1.1.2.3 Le secteur de la petite enfance

Le secteur de la petite enfance est un secteur qui représente une part très mineure dans l'offre sanitaire et sociale mutualiste. Il a toutefois connu un essor extrêmement rapide dans la période récente.

Il comprend selon Générations Mutualistes, 128 établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), 61 relais d'assistantes maternelles itinérants ou non (RAM) et 11 structures spécialisées (lieux d'accueil enfants-parents, ludothèques, accueils de loisirs, maisons d'enfants à caractère social, centre maternels, pouponnières...).

La répartition des établissements et services mutualistes du secteur de la petite enfance selon le type de structure ou de service figure dans le tableau suivant. L'ensemble de ces établissements et services accueillent environ 28 000 enfants en 2011.

Tableau 5 : Structures et services mutualistes d'accueil de la petite enfance en 2011

Type de structure et service	Nombre de structures et services	Nombre de places
Multi-accueil	99	3 250
Crèches collectives	9	
Haltes - garderies	6	
Micro-crèches	12	
Crèches familiales	2	
Relais d'assistantes maternelles (dont itinérants)	61 (3)	20 000
Autres services et structures	11	
Total	200	23 250

Source : Générations mutualistes, FNMF, 2012

Le nombre de places offertes dans les établissements pour jeunes enfants mutualistes représente environ 1% du nombre de places offertes en établissement au niveau national. Le nombre de places offertes dans le cadre des relais d'assistantes maternelles représente environ 2,5% du nombre de places proposées auprès d'assistantes maternelles, en moyenne, au niveau national.

La Mutualité dispose d'établissements et de services pour la petite enfance dans un peu moins de 30 départements. Son poids moyen dans le nombre total d'établissements ou services pour la petite enfance des départements où elle est implantée est de l'ordre de 3,5%. Elle représente 20% de l'offre en Anjou-Mayenne et dans le Limousin.

1.1.3 Les centres de santé

Les centres de santé comprennent à la fois des centres de soins infirmiers, des centres de soins dentaires, des centres de santé médicaux, des centres de santé polyvalents.

Les centres mutualistes représentent 32% des centres de santé contre 33% pour les centres associatifs et 12% pour les centres des régimes de sécurité sociale.

Alors que les centres de santé gérés par les associations ou les collectivités territoriales sont le plus souvent des centres médicaux, polyvalents ou de soins infirmiers, les centres de santé mutualistes sont massivement tournés vers les soins dentaires.

Sur près de 530 centres de santé mutualistes environ 450 sont des centres de soins dentaires. Ils disposent de 1 200 fauteuils dentaires. 45 laboratoires de prothèses dentaires complètent le dispositif. Les centres de santé médicaux et polyvalents mutualistes sont au nombre de 46 et les centres de soins infirmiers mutualistes 26.

Les centres de santé mutualistes emploient environ 1700 chirurgiens-dentistes, 1700 assistants dentaires, 1000 médecins et 130 infirmiers.

Tableau 6 : Part des centres mutualistes dans les différentes catégories de centres de santé

	Mutualistes	Autres
Centres de santé dentaires	75%	25%
Centres de santé médicaux/polyvalents	12%	88%
Centres de soins infirmiers	4%	96%

Source : CNAMTS, données 2011

Tableau 7 : Part des différentes catégories au sein des centres de santé mutualistes

Centres de santé dentaires	84%
Centres de santé médicaux/polyvalents	12%
Centres de soins infirmiers	4%

Source : CNAMTS, données 2011

Les centres dentaires mutualistes couvrent toute la gamme des soins dentaires en ambulatoire : soins conservateurs, orthodontie, parodontie et pose d'implants.

Les centres de santé médicaux et polyvalents assurent les soins de premier recours pour 90% d'entre eux. Les spécialités les plus représentées y sont la gynécologie, la dermatologie, la cardiologie, l'ophtalmologie et l'ORL.

La taille des centres est très variable. Les centres de santé médicaux et polyvalents ont des chiffres d'affaires qui varient de 500 000 euros à plus de 11 millions d'euros, avec une forte dispersion des effectifs, allant de 1 à 19 généralistes et de 3 à 200 spécialistes par centre.

La répartition de l'offre constituée par les centres de santé mutualiste est assez inégale sur le territoire. Elle résulte, en effet, des choix opérés localement au fil de l'histoire du mouvement mutualiste.

Les centres de santé dentaire couvrent 80 départements avec une présence particulièrement importante dans le sud-est de la France mais aussi dans la région du Centre, le Nord-Pas-de Calais et l'Ile de France.

Les centres médicaux et polyvalents sont situés en zone urbaine et concentrés dans l'est et le sud de la France ainsi qu'à Paris.

Les centres de soins infirmiers sont principalement implantés dans l'Aveyron, en Normandie, en Bretagne et dans le Jura.

Figure 6 : Carte d'implantation des centres de santé, médicaux, infirmiers et polyvalents



Source : Mutualité française 2012

Note de lecture : en beige, les centres infirmiers, en bleu les centres médicaux et polyvalents.

Figure 7 : Carte d'implantation des centres de santé dentaires

LES CENTRES DE SANTE DENTAIRES : RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE

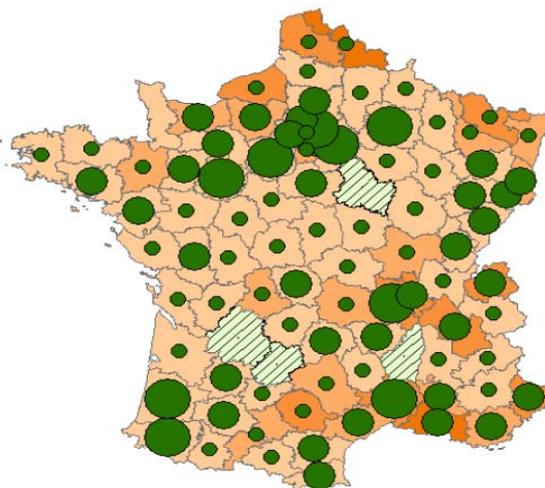
2

4 départements seulement sont dépourvus de centres de santé dentaires

On retrouve un nombre important de centres dans le Nord et en Île de France

Paris est le département qui compte le plus de centres de santé dentaires (22), les honoraires sans dépassements moyen par centre s'élève à 1,3 millions dans ce département

nb_centres	hsd_moyen
 0	0€
 [1 - 6[ [1€ - 46 2710€]
 [6 - 11[ [462 710€ - 697 684€]
 [11 - 19[ [697 684€ ; 1 434 361€]
 [19 - 35[



Source : DCIR (portail SNIIRAM à l'exception de quelques petits régimes dont le régime des mines)

Champ : tous régimes : France entière,
Nombre de centres par finesse géographique Données 2011 en date de liquidation

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Département des professions de santé
Conseil de l'UNCAM
12 juillet 2012



Source : CNAMTS, 2013

Si l'on cherche à établir un lien entre la densité de l'offre et la présence des centres mutualiste sur un territoire il n'est pas possible d'établir de corrélation très nette.

Il apparaît cependant que l'offre, constituée par les centres mutualistes et notamment les centres médicaux et polyvalents, joue un rôle alternatif important dans des zones urbaines où sont massivement pratiqués les dépassements dans le cadre de l'offre libérale et, pour une partie d'entre eux, sont effectivement implantés dans des zones considérées comme sous-denses.

1.1.4 Le secteur de l'optique et de l'audioprothèse

Les centres d'optique et d'audioprothèse mutualistes sont rattachés à une enseigne créée en 2008, VISAUDIO, portée au niveau de la FNMF.

4^{ème} enseigne optique de France, Les Opticiens Mutualistes regroupe près de 700 points de vente et connaît une expansion rapide avec un rythme d'ouverture de 25 nouveaux centres en moyenne par an. Elle représente en 2011 10% du marché de l'optique et emploie 300 professionnels. Les centres d'optique mutualiste assez largement présents sur l'ensemble du territoire sont particulièrement nombreux dans le Nord, l'Ouest, le pourtour méditerranéen et le canal rhodanien.

Audition mutualiste, réseau créé en 2000 est en cours de développement avec de nombreuses ouvertures chaque année. Il recouvre 350 centres répartis sur l'ensemble du territoire qui emploient 400 professionnels. Il représente 10% du marché des aides auditives en 2011. (Voir l'annexe 1)

1.1.5 Les pharmacies

Les pharmacies mutualistes sont au nombre de 63. Le chiffre d'affaires des pharmacies mutualistes équivaut à 0,3% du chiffre d'affaires global de l'ensemble des officines. Elles relèvent d'un droit particulier permettant leur installation hors le quota applicable aux officines libérales. La contrepartie de cette dérogation, est un accès réservé aux seuls adhérents mutualistes.

Elles sont généralement installées en zone urbaine, et une petite partie d'entre elles est de grande taille. Selon une étude réalisée pour l'Union nationale des pharmacies mutualistes en 2013, portant sur 39 pharmacies, 20% d'entre elles réalisaient un chiffre d'affaires annuel supérieur à 3,9M€ L'effectif moyen employé dans les pharmacies mutualistes s'élevait dans cet échantillon à 10,6 ETP avec un minimum de 2,5 ETP et un maximum de 32,5 ETP. (Voir annexe 2)

1.2 Une offre dont la spécificité s'est atténuée avec le temps

Pour les services mutualistes (établissements de santé et centres de santé) qui exercent des activités définies dans le code de la santé publique le principe du libre choix du patient et donc de l'ouverture à l'ensemble de la population s'impose. L'ouverture s'impose aussi à la plupart des établissements médico-sociaux au titre de l'autorisation de dispenser des soins et des dispositions relatives à l'aide sociale.

En revanche les services du champ sanitaire et médico-social qui ne relèvent pas d'activités soumises à un droit de l'autorisation (impliquant l'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux) ne sont pas habilités à servir l'ensemble de la population : c'est le cas des centres d'optique, des activités d'audioprothèses et des pharmacies mutualistes. Ceci a pour conséquence le principe de la fermeture aux non adhérents.⁵

La spécificité historique de l'offre mutualiste tenant à son accès réservé aux seuls adhérents mutualistes a donc disparu pour l'essentiel de l'offre qui est désormais ouverte à l'ensemble de la population. Quelques éléments de différenciation dans la prise en charge des adhérents par les structures mutualistes peuvent exister, tels que des possibilités de réservation de places dans les établissements médico-sociaux ou des tarifs particuliers comme le prix des chambres particulières dans les établissements de santé, pour ne citer que ces exemples, mais ils restent de portée limitée.

L'offre mutualiste se déploie cependant toujours avec une visée non lucrative et tire aussi bien de son histoire que des ambitions actuelles du mouvement mutualiste des particularités dont il est utile d'évaluer aujourd'hui la portée.

Ces particularités sont, en effet, mises en cause à la fois dès lors que certaines caractéristiques innovantes ont été adoptées par l'ensemble de l'offre (pratique du tiers-payant dans les pharmacies) et lorsqu'en raison des contraintes financières et concurrentielles les capacités de différenciation de l'offre mutualiste se trouvent limitées dans certains secteurs (pour les soins dentaires ou l'hospitalisation en court séjour par exemple).

En sens inverse, des initiatives innovantes continuent de voir le jour dans le champ de l'offre mutualiste : développement de solutions de logements intermédiaires dans le champ des personnes âgées, constitution de pôles de référence pour certaines déficiences dans le champ du handicap, réflexions autour de la prise en charge de premier recours dans le cadre d'exercices professionnels regroupés, initiatives pour conseiller et accompagner les personnes prises en charge en termes de prévention et de parcours. La préoccupation de la limitation du reste à charge des assurés reste, en outre, forte ainsi que la celle d'assurer dans de bonnes conditions l'avance de frais.

⁵ Conseil d'état, 3 février 1984, Conseil de l'ordre des pharmaciens de la région Rhône Alpes.

1.2.1 Une activité hospitalière où le poids du court séjour s'est accru et qui s'accompagne d'un effort de limitation des prix des prestations accessoires et des dépassements

L'offre mutualiste s'exerce à 80% sous statut ESPIC. Cependant, pour 20%, correspondant dans un certain nombre de cas à la reprise de cliniques commerciales, cette offre s'exerce dans le cadre de sociétés qui ont pu être maintenues pour des raisons diverses avec, notamment, la préoccupation de conserver des médecins souhaitant être rétribués sous forme d'honoraires et pratiquer des dépassements. Des configurations complexes existent, dans lesquelles certains établissements combinent, éventuellement sur un même site, une activité exercée dans un cadre libéral et une activité ESPIC.

1.2.1.1 Les types d'activité

Les disciplines de court séjour, Médecine Chirurgie et Obstétrique représentent près de 60% des lits et places de l'offre mutualiste hospitalière, les Soins de suite et de réadaptation environ un tiers et la psychiatrie près de 10%. Avec 35% des structures hospitalières mutualistes, la Médecine Chirurgie Obstétrique représente 75% du chiffre d'affaires hospitalier mutualiste, soit 0,9 milliard d'euros en 2011.

Tableau 8 : Répartition par discipline des lits et places dans les établissements mutualistes

Discipline	ESPIC	Société commerciale	Ensemble des établissements mutualistes
MCO	50%	93%	57%
Médecine	20%	11%	18,5%
Chirurgie	24%	77%	33%
Gynécologie-obstétrique	5%	5%	5%
Psychiatrie	11%		9%
Soins de suite et réadaptation	39%	7%	33,5%
Total	100%	100%	100%

Source : DREES, SAE 2011

1.2.1.2 Les tarifs pratiqués

Dans la plupart des établissements mutualistes, la préoccupation reste forte de limiter le prix des prestations accessoires et aboutit à des prix très sensiblement inférieurs à ceux pratiqués dans le reste de l'offre privée. Le tarif des chambres particulières est dans le secteur mutualiste de l'ordre de 50 euros par jour, là où le secteur des cliniques privées lucratives facture deux fois plus en moyenne. La même préoccupation s'applique aux dépassements pratiqués par les médecins lorsqu'ils ont un statut libéral.

Cette préoccupation entre cependant en contradiction avec la recherche de ressources nécessaires pour assurer l'équilibre financier des établissements dans un cadre global de plus en plus contraint et avec le souci de fidéliser les médecins dans un cadre également fortement concurrentiel.

1.2.2 Dans le secteur médico-social un effort pour développer une certaine variété de prises en charge et dans les établissements des prix conformes à la moyenne du secteur privé non lucratif

Généralistes mutualistes dénombre 450 établissements et services pour personnes âgées.

1.2.2.1 Services proposés

Présents sur les segments classiques de l'offre de maisons de retraite ou d'établissements pour personnes âgées dépendantes, certains groupements mutualistes s'engagent également dans le développement d'offres innovantes dans le champ des résidences intermédiaires avec une réflexion qui s'est concrétisée dans une offre de 36 résidences services ou domiciles collectifs.

De même, l'existence dans le champ du handicap de centres de références en matière de déficiences sensorielles mérite d'être soulignée.

1.2.2.2 Prise en charge et tarifs d'hébergement

L'ensemble des établissements mutualistes d'hébergement de personnes âgées dépendantes bénéficient de l'agrément à l'aide sociale pour la totalité ou, dans un certain nombre de cas, une partie de leurs places. Ils pratiquent des tarifs d'hébergement sensiblement inférieurs à ceux des établissements lucratifs et proches de ceux des autres établissements privés non lucratifs.

Tableau 9 : Tarif d'hébergement journalier médian (TTC) dans les EHPAD en 2011

	Etablissement s mutualistes	Etablissement s privés à but non lucratif	Etablissement s privés à but lucratif	Etablissement s publics non hospitaliers	Etablissements publics hospitaliers	Ensemble des EHPAD
Places habilitées à l'aide sociale	53,9	53,2	56,4	49,2	49,3	50,3
Places non habilitées à l'aide sociale	62,6	58,7	73,3	50,1	-	69,6

Source : DREES, enquête EHPA, 2011

Le GIR moyen pondéré des personnes accueillies dans les établissements mutualistes EHPAD et non EHPAD s'établit en moyenne à 587 contre 606 pour l'ensemble des établissements. Ceci s'explique notamment par la part plus grande de maisons de retraite non EHPAD dans le parc mutualiste.

1.2.3 Les centres de santé

Les résultats qui suivent s'appuient sur une exploitation réalisée par la CNAMTS des rapports d'activité des centres de santé mutualistes, complétée, s'agissant des éléments tarifaires et de facturation, par les données issues de son système d'information. Ils s'efforcent d'éclairer les particularités des centres de santé mutualistes en termes de pratiques, d'orientation sociale et de tarifs pratiqués.

1.2.3.1 Participation à l'option de coordination

L'accord national régissant les relations entre l'assurance maladie et les centres de santé prévoit une option de coordination comportant plusieurs volets visant à mettre en place un dispositif de suivi et de coordination des soins au profit du patient et donnant lieu à rémunération. Les centres de santé médicaux et polyvalents mutualistes s'inscrivent massivement et beaucoup plus fréquemment que les autres types de centres dans le cadre de cette option, ce qui n'est, en revanche, pas le cas des centres dentaires.

Tableau 10 : Participation des centres à l'option de coordination

	Part des centres ayant adhéré à l'option de coordination
Centres de santé dentaire	
Mutualistes	25%
Autres	39%
Centres de santé médicaux/polyvalents	
Mutualistes	71%
Autres	54%
Centres de soins infirmiers	
Mutualistes	73%
Autres	74%

Source : CNAMTS, rapports d'activité des centres de santé, données 2011

1.2.3.2 Caractéristiques des patients accueillis dans les centres de santé

Faute de données plus fines, sont ici comparées au niveau départemental les parts de bénéficiaires de la CMU et de l'AME dans la population totale et leurs parts au sein de la patientèle des centres de santé mutualistes et non mutualistes.

Tableau 11 : Part de patients relevant de la CMU accueillis dans les centres de santé

	Nb total de patients	Nb de patients CMU	Taux moyen de patients CMU
Centres de santé dentaire			
Mutualistes		78 293	8%
Autres	921 476	54 291	17%
Centres de santé médicaux/polyvalents			
Mutualistes	617 938	61 754	10%
Autres	2 005 811	258 618	13%
Centres de soins infirmiers			
Mutualistes	15 228	1 252	8%
Autres	305 358	11 371	4%

Source : CNAMTS, rapports d'activité des centres de santé, données 2011

Les taux figurant dans le tableau ci-dessus sont à comparer à une part de bénéficiaires de la CMUC dans la population métropolitaine de 5,8%.

Les bénéficiaires de la CMU sont ainsi surreprésentés en moyenne, au niveau national, dans la clientèle des centres de santé mutualistes, comme dans celle des autres centres de santé, même si c'est dans une proportion moindre dans le secteur mutualiste, en particulier pour les centres dentaires.

La situation est cependant variable selon les départements. Dans un certain nombre d'entre eux la proportion de bénéficiaires de la CMU dans la clientèle des centres est conforme à la part de bénéficiaires de la CMU dans la population observée en moyenne dans le département, voire lui est inférieure (40% des centres dentaires et 25% des centres médicaux ou polyvalents). Dans d'autres, en revanche l'orientation des centres est plus marquée avec une proportion plus élevée de bénéficiaires de la CMU, comparativement à la moyenne départementale (60% des centres dentaires et 75% des centres médicaux ou polyvalents).

La part de patients relevant de l'AME dans la population prise en charge est nettement plus élevée dans les centres autres que les centres mutualistes. Une partie des centres de santé non mutualistes est, en effet, plus spécifiquement orientée vers la prise en charge de populations étrangères. Ceux sont eux qui pour l'essentiel assurent la prise en charge des ressortissants de l'AME dans le cadre des centres de santé (pour plus de 95%).

On observe ainsi qu'accueillant une part supérieure à la moyenne départementale, un certain nombre de centres de santé jouent un rôle socialement marqué. Pour les autres, les résultats obtenus ne permettent pas de tirer de conclusion semblable. S'agissant des centres implantés dans certaines zones urbaines où sont pratiqués massivement des dépassements dans le secteur libéral, leur offre constitue cependant une alternative pour les assurés non bénéficiaires de la CMU. Il faut, dans cette perspective, intégrer le rôle social susceptible d'être joué par les centres de santé au bénéfice de personnes que leurs ressources placent au-dessus du seuil de la CMU, rôle que les résultats présentés ci-dessous ne permettent pas de documenter.

1.2.3.3 Les tarifs pratiqués

L'analyse a porté sur les seuls centres de santé dentaires qui constituent l'essentiel de l'offre mutualiste. Dans ce champ, les montants facturés au-delà de la base de remboursement ont été comparés avec ceux pratiqués par les autres centres de santé et avec ceux pratiqués par les praticiens libéraux.

Les informations tirées de l'analyse des rapports d'activité des centres de santé par la CNAMTS met en évidence de faibles écarts en termes de pratiques de facturation d'honoraires au-delà des bases de remboursement selon le type de centre, qu'il s'agisse des prothèses dentaires ou des soins d'orthodontie.

Tableau 12 : Montants facturés au-delà de la base de remboursement des prothèses dentaires

	Part des centres ayant facturé des prothèses dentaires	Facturations au-delà de la base de remboursement moyen par centre (facturations au-delà de la base de remboursement/base de remboursement)
Centres de santé dentaire		
Mutualistes	99%	199%
Autres	93%	201%
Centres de santé médicaux/polyvalents		
Mutualistes	72%	216%
Autres	34%	207%

(1) SPR50, SPR57, SPR85

Source : CNAMTS, rapports d'activité des centres de santé, données 2011

Tableau 13 : Honoraires facturés au-delà de la base de remboursement des actes d'orthodontie

	Part des centres ayant facturé des actes d'orthodontie	Taux d'honoraires au-delà de la base de remboursement moyen par centre (honoraires au-delà de la base de remboursement/base de remboursement)
Centres de santé Dentaire		
Mutualistes	30%	173%
Autres	29%	170%
Centres de santé médicaux/polyvalents		
Mutualistes	49%	187%
Autres	19%	176%

Source : CNAMTS, rapports d'activité des centres de santé, données 2011

La comparaison a été étendue à l'offre de soins des chirurgiens-dentistes libéraux. Ici les écarts apparaissent très significatifs.

Si l'on compare le taux de facturation pratiqué par les chirurgiens-dentistes libéraux au-delà de la base de remboursement au taux des centres de santé mutualistes, il peut être estimé, à partir des bases de l'assurance maladie⁶, de l'ordre de 30% supérieur pour les prothèses et de 32% pour l'orthodontie. Les centres de santé ont réalisé 1 million d'actes de prothèses contre 13,3 millions pour les libéraux, et 110 000 actes d'orthodontie contre 3 millions d'actes pour les libéraux en 2012.

1.2.3.4 La structure de l'activité

Tableau 14 : Structure des honoraires selon le type d'activité en 2012

	Centres dentaires mutualistes	Chirurgiens- dentistes libéraux
Consultations, visites et prévention	3%	3%
Radios	3%	3%
Soins conservateurs et chirurgicaux	20%	23%
Traitements d'orthodontie	8%	13%
Soins prothétiques	66%	58%
Total	100%	100%

Source : SNIIRAM 2012

Dans les centres de santé, les soins prothétiques représentent 66% des honoraires totaux, contre 58% chez les chirurgiens-dentistes libéraux, les soins conservateurs et chirurgicaux 20%, contre 23% chez les chirurgiens-dentistes libéraux.

Les traitements d'orthodontie représentent 8% des honoraires totaux dans les centres dentaires contre 13% chez les chirurgiens-dentistes libéraux.

⁶ SNIIRAM 2012.

Ces résultats sont délicats à interpréter. On peut, en effet, penser que le poids plus élevé des soins prothétiques dans l'activité des centres de santé mutualistes s'explique notamment par l'écart des tarifs pratiqués avec les chirurgiens-dentistes libéraux, conduisant un certain nombre d'assurés à se tourner pour des raisons financières vers les centres mutualistes pour la réalisation de ces soins prothétiques.

1.2.3.5 L'optique et l'audioprothèse

L'optique constitue une activité commerciale ayant atteint sa maturité à l'exception de la chirurgie réfractive. Sa restructuration, actuellement en cours, résulte d'une concurrence forte sur les prix.

L'audioprothèse est un secteur en émergence avec des innovations technologiques fortes qui amplifie la croissance de cette activité et au sein duquel le réseau mutualiste se positionne avec la même logique de réseau que dans le champ de l'optique.

Dans le domaine de l'optique, l'écart de prix entre le réseau mutualiste et les réseaux commerciaux est de l'ordre de 20% en moyenne, selon les comparaisons effectuées par le réseau VISAUDIO.

Selon une étude menée en 2012 sur la base des données XERFI le prix moyen d'un équipement optique correcteur s'établit à 309 euros TTC en moyenne sur le marché, contre 249 euros TTC chez un opticien agréé par un organisme complémentaire maladie et 329 euros pour un opticien hors agrément avec une plate-forme de santé.

Sur la base de l'étude des prix constatés dans 60 magasins mutualistes en 2012, VISAUDIO estime à 259 euros TTC le prix moyen d'un équipement d'optique correcteur dans le réseau des magasins mutualistes :

- 187 euros TTC pour un équipement uni focal contre 278 euros TTC prix moyen du marché (soit un écart de 48%)
- 483 euros TTC pour un équipement progressif contre 568 euros TTC prix moyen du marché (soit un écart de 18%).

1.2.3.6 Les pharmacies

L'analyse réalisée par l'Observatoire économique des pharmacies mutualistes de l'UNPM⁷ met en évidence une similitude des ratios entre le secteur mutualiste et le secteur libéral, avec des ratios financiers comparables et un taux de substitution des génériques par rapport aux princeps qui s'élève à 81% pour le secteur mutualiste contre 83% pour le secteur libéral. Les données sur le poids de la parapharmacie (12% du chiffre d'affaires pour le secteur mutualiste contre 9% pour les officines libérales) comme les données comptables (chiffre d'affaire moyen) confirment la très grande similitude des activités.

1.3 Une offre dont l'équilibre financier n'est pas assuré à long terme

L'activité des structures et services sanitaires et sociaux mutualistes considérés globalement au niveau national sont équilibrées. Cependant, ce résultat est un résultat moyen recouvrant des situations excédentaires dans les secteurs de l'optique et de l'audioprothèse et des situations juste équilibrées ou déficitaires dans le champ des établissements hospitaliers et médico-sociaux ainsi que dans le secteur des centres de santé et des pharmacies. (Voir annexe 6)

⁷ Observatoire économique des pharmacies mutualistes UPNM Avril 2013

Après avoir examiné la situation moyenne toutes activités confondues, on s'attachera plus particulièrement à l'étude de la situation financière des établissements hospitaliers qui pose des problèmes spécifiques. Le sujet des centres de santé n'est pas ici étudié, car il vient de faire l'objet d'un rapport particulier de l'IGAS.⁸

1.3.1 L'équilibre financier global des SSAM, tous secteurs confondus

La décomposition présentée ci-dessous, réalisée par les services de la FNMF à partir des remontées des comptes des groupements mutualistes, fournit un éclairage extrêmement précieux mais qui doit être pris comme un point de départ utile pour la réflexion plus que comme un aboutissement. En effet, l'éclatement des données comptables par activité suppose des conventions qui peuvent être mises en œuvre de façons variables selon les groupements (répartition des frais de siège, de charges mutualisées...). Ce travail devra être précisé au fur et à mesure de l'amélioration de la qualité des remontées de données et de la diffusion de méthodes communes.

Il appelle, en outre, des études descendant au-delà des secteurs d'activité, au niveau plus fin des établissements et services eux-mêmes.

Tableau 15 : Analyse financière par secteur d'activité en 2012

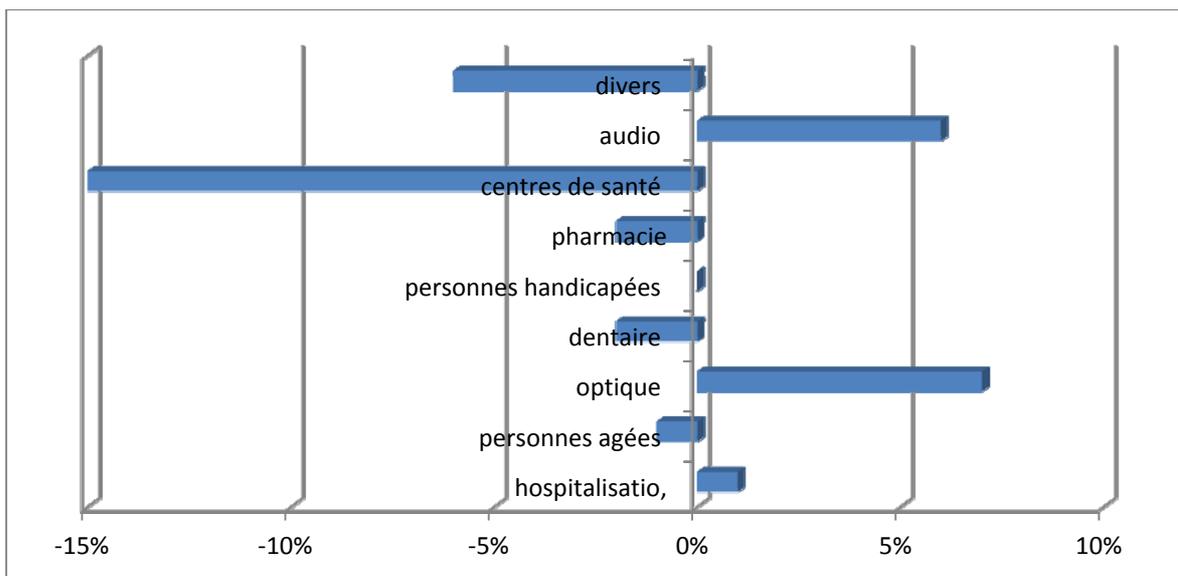
	Produits d'exploitation en millions d'euros	% de l'échantillon étudié	Résultats d'exploitation en millions d'euros.	Taux en % rentabilité
Hospitalisation	825	74	+6	+1%
Personnes âgées	511	90	-4	-1%
Optique	418	95	+28	+7%
Dentaire	382	93	-7	-2%
Personnes handicapées	158	89	0	0
Pharmacie	106	93	-2	-2%
Centres de santé	69	66	-10	-15%
Audio	58	91	+3	+6%
Autres	201		-13	-6%
Total	2 728		+1	

Source : FNMF

Cette première approche qui mérite donc d'être prolongée sur la base de méthodes normalisées et éclairée par des données plus détaillées met en évidence quelques grandes tendances qu'illustre le schéma ci-dessous. Les ratios de rentabilité des activités marchandes s'établissent à un niveau élevé respectivement de 7% pour l'optique et de 6% pour l'audioprothèse. A l'inverse, le secteur des centres de santé se caractérise par un ratio fortement négatif.

⁸ Rapport RM2013 119P. Philippe Georges et Cécile Waquet.

Tableau 16 : Taux de rentabilité des divers secteurs d'activité des SSAM



Source : FNMF

On ne développera pas dans le présent rapport d'analyse relative aux différents facteurs contribuant à la formation des résultats financiers des SSAM. Il n'était pas dans les moyens de la mission de procéder à un tel travail portant aussi bien sur les coûts (salariaux, immobiliers, fiscaux etc.) que sur les recettes correspondant aux diverses activités.⁹

On note cependant, que la pérennité des effets de compensation qui permettent aujourd'hui d'atteindre globalement un quasi équilibre risque ne pas se prolonger à moyen terme du fait de l'évolution des charges fiscales pesant sur certaines activités ainsi que des contraintes résultant dans le champ de l'optique et des audioprothèses du renforcement de la concurrence sur les prix ainsi que du développement du conventionnement.

1.3.2 La problématique de l'équilibre financier du secteur hospitalier

L'exploitation des données de l'ATIH et des Greffes des tribunaux de commerce a permis à la DREES d'étudier les comptes de 6210 établissements mutualistes et de comparer différents ratios de gestion de ces établissements avec ceux d'établissements non mutualistes privés sous le statut d'ESPIC ou de sociétés commerciales. Elle a permis de mesurer pour ces établissements des taux de rentabilité nette, des ratios de charges de personnel rapportées aux produits et des ratios de dépenses d'investissement rapportées aux mêmes produits. S'agissant des dépenses de personnel et de la structure d'emploi des établissements l'analyse a été affinée grâce à l'exploitation par la DREES des données issues des DADS pour 91 établissements mutualistes.

⁹ Le rapport de l'IGAS cité auparavant traite de la situation des centres de santé et un rapport parlementaire récent des charges fiscales. Rapport sur l'impact de la mise en œuvre du crédit impôt compétitivité emploi (CICE) sur la fiscalité du secteur privé non lucratif. Septembre 2013

¹⁰ Il n'est possible de disposer des comptes que de 62 établissements, 32 établissements non lucratifs ex-OQN n'ayant d'obligation de dépôt de leurs comptes ni à l'ATIH, ni au greffe du tribunal de commerce ; pour une dizaine d'autres établissements les comptes n'ont pas non plus été transmis.

1.3.2.1 Equilibre et rentabilité financière

Tableau 17 : Eléments de comparaison entre la situation financière des établissements sanitaires mutualistes et celle des autres établissements privés en 2011

	ESPIC				Sociétés commerciales			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Produits moyens (en K euros) par établissement								
Mutualiste	16 101	18 565	19 287	20 510	14 708	15 363	15 347	14 941
Non mutualiste (hors CLCC et USLD)	12 802	13 935	14 636	15 149	13 700	14 300	14 600	15 600
Rentabilité nette (en % du CA) par établissement								
Mutualiste	-0,01	-0,05	-1,20	-0,76	-0,55	-3,52	-2,08	-1,64
Non mutualiste (hors CLCC et USLD)	-0,24	-0,27	-0,73	-0,39	1,90	1,90	1,60	2,20
Charges de personnel (en % du CA) par établissement								
Mutualiste	66,80	63,31	63,75	62,14	39,18	41,48	41,18	39,94
Non mutualiste (hors CLCC et USLD)	68,81	68,46	67,95	67,50	43,99	43,80	43,99	43,83

Source : DREES, données ATIH et Greffes des tribunaux de commerce

Note de lecture : les données portent pour les établissements mutualistes sur un échantillon de 62 établissements (51 ESPIC et 11 ex-OQN)

L'examen des comptes des établissements mutualistes et non mutualistes montre que les premiers ont sur la période considérée (2008 à 2011), en moyenne, une rentabilité nette négative, comme l'ensemble des ESPIC, mais à la différence des cliniques privées lucratives. Cette situation s'accompagne de ratios de charges de personnels rapportées aux produits moyens par établissement plus faibles en moyenne pour les établissements mutualistes que pour les autres types d'établissements (les établissements mutualistes recourant cependant davantage en moyenne à des formules d'externalisation d'activités médicales), ce qui suggérerait que leurs déséquilibres financiers pourraient trouver leur source dans certaines autres charges (de fournitures médicales notamment), leur structure d'activité et leur structure de recettes principales et accessoires. Cette analyse doit cependant être confortée en vérifiant si les moyennes observées ne recouvrent pas une grande hétérogénéité de situations interdisant la formulation d'un diagnostic global.

Les deux tableaux suivants détaillent la comparaison des taux de rentabilité nette en descendant au niveau des disciplines pour les établissements ayant le statut d'ESPIC d'une part et ceux qui sont sous le régime de sociétés d'autre part.

Tableau 18 : Rentabilité nette des établissements privés ESPIC

		2008	2009	2010	2011
MCO	mutualistes	-0,1%	+0,2%	-1,3%	-1,3%
	non mutualistes	-0,9%	-0,7%	-1,3%	-0,8%
Psychiatrie	mutualistes	+0,5%	-0,4%	-0,2%	+1,3%
	non mutualistes	+0,5%	-0,1%	-0,3%	-0,3%
SSR	mutualistes	+0,2%	-0,6%	-1,1%	+0,2%
	non mutualistes	+0,6%	+0,4%	+0,1%	+0,4%

Source : ATIH, calculs DREES

Champ : établissements à but non lucratif ex-DG (hors CLCC et USLD)

Tableau 19 : Rentabilité nette des établissements en sociétés commerciales

		2008	2009	2010	2011
Pluridisciplinaires	mutualistes	-1,9%	-10,5%	-5,9%	-1,0%
	non mutualistes	+1,6%	+1,4%	+1,2%	+2,2%
Spécialisés	mutualistes	+0,7%	-1,9%	+11,3%	+1,8%
	non mutualistes	+3,8%	+4,1%	+3,2%	+2,9%
SSR	mutualistes	+0,7%	-1,9%	+1,3%	+1,8%
	non mutualistes	+3,8%	+4,1%	+3,2%	+2,9%

Source : Greffes des tribunaux de commerce, calculs DREES

Champ : établissements en société commerciale MCO et SSR (hors dialyse, radiothérapie, HAD, PSY)

L'examen détaillé par discipline conduit à des constats moins uniformes que l'analyse conduite en moyenne, toutes disciplines confondues, et met en évidence le poids des résultats du MCO sur les résultats moyens de l'ensemble (compte tenu du poids de ces disciplines dans le chiffre d'affaires global du secteur). Aussi a-t-il été prolongé par une étude des disparités de situation établissement par établissement d'où il ressort l'analyse qui suit.

- S'agissant des établissements ayant le statut d'ESPIC (échantillon de 51 établissements dont 19 MCO, 9 en psychiatrie, et 23 SSR)

La moitié des établissements MCO sont déficitaires. Le résultat net moyen des établissements déficitaires est de -1,8 millions d'euros. Parmi les établissements déficitaires 50% (quatre établissements) ont une rentabilité nette inférieure à -3,5%, dont deux établissements une rentabilité nette inférieure à -9,5%. Les établissements excédentaires ont un résultat net moyen de +0,7 millions d'euros, avec un taux de rentabilité médian de +0,8%, soit à peu près l'équilibre.

En psychiatrie et SSR plus des trois quart des établissements sont à l'équilibre ou excédentaires.

Les établissements psychiatriques déficitaires (2 établissements) ont des résultats nets légèrement déficitaires en moyenne de -0,1 million d'euros, avec un taux de rentabilité nette de -1%. Les établissements excédentaires ont un résultat net en moyenne de +0,14 million d'euros avec un taux de rentabilité nette de +2%.

Dans le secteur SSR, les établissements déficitaires (4 établissements) ont un résultat net moyen de -0,9 millions d'euros, avec un taux de rentabilité nette inférieur pour deux d'entre eux à -2% et pour un à -11%.

- S'agissant des établissements ayant le statut de sociétés commerciales (échantillon de 11 établissements dont 3 pluridisciplinaires, 7 MCO et 1 SSR)

Sur cet échantillon de taille modeste, cinq établissements intervenant en court séjour sont déficitaires dont un avec une rentabilité nette de -10%. Les établissements excédentaires ont des taux de rentabilité inférieurs à 1% en moyenne en court séjour.

Au total, il apparaît qu'un grand nombre d'établissements mutualistes de court séjour connaissent des difficultés pour équilibrer leur exploitation, cependant que dans le champ des SSR et de la psychiatrie ces difficultés ne concernent qu'une minorité d'établissements.

1.3.2.2 Les charges de personnel

L'examen des ratios de gestion relatifs au personnel, établis à partir de l'exploitation des DADS sur un échantillon de 91 établissements, montre une situation des établissements mutualistes proche du reste des ESPIC, mais moins favorables dans le champ des sociétés commerciales que le reste des cliniques. Cette situation correspond à des rémunérations des médecins particulièrement élevées, mais plutôt plus faibles pour les ASH et employés, combinée à une structure d'emploi proche de celle de l'hospitalisation publique.

Tableau 20 : Comparaison des salaires nets annuels moyens en euros et de la répartition des emplois salariés (en ETP) par CSP dans les établissements mutualistes et dans les autres établissements de santé en 2011

	Public	Privé non lucratif		Privé lucratif		Ensemble
		Mutualiste	Ensemble	Mutualiste	Ensemble	
Médecins, Pharmaciens, Psychologues	56 070 9,0%	75 700 8,7%	65 372 7,8%	49 700 1,5%	50 752 2,8%	56 820 8,2%
Cadres direction, adm.gestion	43 221 1,4%	46 200 1,9%	44 579 3,3%	48 900 2,0%	49 999 2,1%	44 438 1,7%
PI soignantes et sociales	27 560 35,9%	26 400 37,4%	25 930 38,8%	24 900 41,8%	25 727 40,7%	27 150 38,8%
PI administratives et techniques	24 920 4,8%	23 900 4,6%	23 130 5,3%	22 800 2,2%	23 131 3,0%	24 573 4,7%
Agents de service et employés adm.	19 946 40,2%	18 000 44,4%	18 314 41,0%	17 600 51,1%	17 552 49,6%	19 452 41,3%
Ouvriers	19 952 8,6%	19 700 3,0%	15 503 3,7%	19 200 1,5%	18 758 1,8%	19 472 7,3%
Ensemble	26 493 100,0%	27 100 100,0%	26 074 100,0%	21 900 100,0%	22 687 100,0%	26 026 100,0%

Source : DREES, données DADS sur 91 établissements mutualistes

1.3.2.3 L'investissement

L'offre mutualiste hospitalière subit les effets de la restructuration du secteur privé et public qui se traduit, en court séjour notamment, par un besoin d'investissement lié à la constitution de plateaux techniques onéreux, alors même que la gestion courante des établissements mutualistes ne permet pas de constituer d'importantes capacités d'investissement et les Mutuelles du Livre III ne disposant que de fonds propres limités.

Quels que soient les secteurs, le niveau des investissements réalisés, mesuré par la DREES sur l'échantillon des 62 établissements dont les comptes sont disponibles, est très sensiblement inférieur à celui des établissements non mutualistes comparables (de l'ordre de deux fois inférieurs en proportion des produits) et peuvent même être inférieurs au niveau incompressible de 3% jugé nécessaire pour assurer la pérennité d'un établissement, selon le rapport IGAS-IGF sur l'évaluation et le pilotage de l'investissement hospitalier (Mars 2013), et suppose un taux de marge brute de l'ordre de 8%.

Pour les établissements ESPIC de l'échantillon de 62 établissements étudié par la DREES:

- en MCO, leur taux moyen d'investissement est en 2011 (dans le prolongement des trois années précédentes) de 4,2% à comparer à un taux de 9,1% en moyenne pour les autres ESPIC en MCO.
- en psychiatrie, leur taux moyen d'investissement est de 1,9% en 2011 (dans le prolongement des trois années précédentes) à comparer à un taux de 5,8% pour les autres ESPIC en psychiatrie.

- en SSR, leur taux moyen d'investissement est de 5,2% en 2011 (en ligne avec les trois années précédentes) à comparer à un taux de 9,9% pour les autres ESPIC en SSR.

Pour les établissements en société commerciale de l'échantillon de 62 établissements étudié par la DREES :

- pour ceux qui ont une pratique pluridisciplinaire, le taux moyen d'investissement s'établit en 2011 à 2,0% à comparer à un taux de 4,8% pour les autres établissements pluridisciplinaires en société commerciale, non mutualistes.
- pour ceux qui ont une pratique spécialisée (MCO), le taux d'investissement s'établit à 2,3% en 2011 à comparer à un taux de 5,4% pour les autres établissements spécialisés en société commerciale, non mutualistes.

1.4 Les axes de développement des SSAM et d'amélioration de leur efficacité

Il faut insister sur le fait que l'offre mutualiste ne constitue pas une offre intégrée de services sanitaires et sociaux répondant à une logique centralisée à l'instar de celle d'un groupe de dimension nationale.

Le caractère décentralisé du mouvement mutualiste fondé sur l'autonomie des entités qui le composent aboutit, comme cela a été illustré ci-dessus, à un maillage du territoire par les SSAM discontinu et de contenu très variable. Ce maillage reflète la diversité de l'ancrage historique de la mutualité et, encore aujourd'hui, la sensible variété des choix opérés selon les régions, les territoires et les groupements.

Il est cependant dans le rôle des fédérations de mutuelles de favoriser l'émergence de stratégies communes définies collectivement par les groupements mutualistes. C'est ainsi que la FNMF a lancé en 2011 une réflexion portant sur la stratégie du mouvement mutualiste pour les SSAM qui a débouché au printemps 2012 (Assemblée générale de la FNMF du 15 juin 2012) sur un ensemble d'orientations dont certaines ont donné lieu à la modification des statuts et du règlement intérieur de la Fédération. On ne présentera ici que les orientations relatives aux axes de développement des SSAM et d'amélioration de leur efficacité. La problématique de la structuration et de la gouvernance des SSAM dans le cadre des groupements mutualistes du Livre III est traitée dans la deuxième partie du présent rapport.

En 2012, la FNMF réaffirme le rôle des SSAM comme un des outils permettant au mouvement mutualiste de concrétiser ses priorités dans le champ sanitaire et social qui sont aujourd'hui : le développement de la prévention, la réorganisation des soins de premier recours, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques et de la perte d'autonomie, dans une logique de parcours.

Elle considère que la pérennisation des SSAM existants et le développement de nouveaux SSAM doivent être appréciés à l'aune de leur pertinence sanitaire et sociale et supposent que leur viabilité économique soit assurée.

Elle s'est, en conséquence, engagée dans l'élaboration de divers outils et a conforté l'existence d'outils existants.

Des travaux, engagés par la FNMF, permettant d'apprécier la pertinence des SSAM devraient déboucher sur l'établissement d'un indicateur d'utilité sociale des SSAM prenant en compte différents critères tels que : le poids de l'offre mutualiste dans l'offre totale par territoire, sa contribution à la réduction des inégalités sociales ainsi qu'à l'accompagnement des situations tout au long de la vie, à l'efficacité du système et à la démocratie sanitaire et sociale.

S'agissant de l'équilibre économique des SSAM, il doit s'appuyer sur des efforts de rationalisation de la gestion et chaque fois que possible sur le développement de mutualisations de fonctions et de moyens.

Dans le cadre des têtes de réseau métier de la FNMF existe un Groupement d'achats mutualistes avec des prestataires de référence, dont bénéficient les SSAM du champ hospitalier, médico-social et des centres de santé. Dans le champ de l'optique et de l'audio prothèse la tête de réseau métier a mis en place une centrale de référencement, les achats étant réalisés directement par les groupements mutualistes concernés. Les travaux de 2011-2012 ont mis en évidence l'utilité de poursuivre cette démarche en recherchant le plus possible la transversalité.

Par ailleurs, des études ont été diligentées par la tête de réseau métier des centres de santé afin de définir des modèles économiques susceptibles d'assurer la pérennité des centres de santé, dans un contexte où les centres médicaux et polyvalents apparaissent structurellement fragiles. Les travaux, menés avec l'appui d'un consultant (COACTIS), ont mis en évidence la possibilité de définir un modèle viable, qui suppose d'associer dans un même centre des activités de médecine générale avec d'autres activités, notamment dentaires. Les modèles soulignent la nécessité d'un diagnostic territorial préalable à l'implantation d'un centre ainsi que les mesures à mettre en place en termes d'amplitude d'ouverture, de pilotage d'activité (gestion de planning, nombre d'actes...), de délégation de tâches et de gestion (gestion du tiers-payant et respect de ratios clés de gestion), de participation à l'option de coordination pour assurer l'équilibre d'un centre. Ils fournissent des outils de simulation permettant d'optimiser en fonction des besoins identifiés et des contraintes financières la taille et de la gamme d'activités d'un centre. Ils sont particulièrement adaptés pour l'étude de la création de nouvelles structures.

Enfin les différents réseaux métiers de la FNMF ont développé des outils de connaissance des SSAM des groupements adhérents à chaque réseau, ils développent les échanges les bonnes pratiques et les comparaisons entre structures. Ils appuient dans un certain nombre de cas les gestionnaires à l'occasion de difficultés rencontrées ou, par exemple dans le champ médico-social, à l'occasion de la reprise d'établissements ou pour la réponse à des appels à projet. Ils promeuvent des référentiels sur la qualité certifiés et des outils d'évaluation interne. Ils développent également des formations au bénéfice des administrateurs et des professionnels des réseaux.

Les têtes de réseaux métiers

L'adhésion aux têtes de réseau métier est obligatoire pour les Unions territoriales mais pas pour les autres mutuelles du livre III. Elles fonctionnent donc en grande partie sur la base d'adhésions volontaires. Elles ont, par ailleurs, une personnalité propre. Elles ont un fonctionnement autonome par rapport aux services de la FNMF et entretiennent des relations directes avec leurs adhérents.

VISAUDIO couvre les activités d'optique et d'audioprothèse. C'est une SA avec un Conseil de surveillance et un directoire. Elle comporte deux branches, l'une pour les activités d'optique et l'autre pour les activités d'audioprothèse.

Le Groupe hospitalier de la mutualité française (GHMF) couvre les établissements et services d'hospitalisation. C'est un GIE avec un conseil de surveillance et un directoire.

L'Union des pharmacies mutualistes est une Union mutualiste nationale du Livre I qui couvre les pharmacies mutualistes.

Centres de santé mutualistes est une Union mutualiste nationale du Livre I qui couvre les centres de santé mutualistes et comporte deux branches l'une pour les centres dentaires et l'autre pour les autres centres de santé.

Génération mutualistes est une Union mutualiste nationale du Livre I créée en 2009. Elle couvre le secteur médico-social des établissements et services pour personnes âgées et la petite enfance.

En conclusion, les services et structures sanitaires et sociales mutualistes occupent une place variable dans l'offre totale selon les territoires et les régions. C'est donc à ce niveau que doit s'apprécier, du point de vue des pouvoirs publics, la réponse qu'ils apportent aux besoins de la population et symétriquement, du point de vue des groupements mutualistes, l'intérêt de consolider telle ou telle offre existante ou d'en créer une nouvelle.

Le particularisme de ces services et structures s'est atténué avec le développement général du système sanitaire et social. Cependant, lorsqu'ils sont bien implantés (notamment dans des zones où sont pratiqués des prix élevés et des dépassements), ils peuvent contribuer de façon appréciable à l'accessibilité financière de prestations pour lesquelles les « restes à charge » des ménages sont susceptibles d'être lourds : optique, audioprothèses, soins dentaires, maisons de retraite médicalisées.

Par ailleurs, les mutuelles restent le vecteur d'actions innovantes et manifestent la volonté de porter de tels projets en accord avec les orientations des pouvoirs publics : réponses de premier recours avec les centres de santé, développement de solutions de logements intermédiaires pour les personnes âgées, de certaines prises en charge psychiatrique...

L'appréciation que l'on peut porter sur ces orientations est positive. Leur mise en œuvre suppose cependant que les groupements mutualistes, en liaison avec les collectivités publiques, veillent à la pertinence des implantations et activités développées au regard des besoins et déploient des modèles de gestion assurant la viabilité des entités correspondantes. Cette viabilité suppose d'être en mesure d'assurer l'équilibre de l'exploitation et de dégager des capacités d'investissement qui, pour certaines activités, sont importantes.

Dans le secteur médico-social, la mobilisation des bailleurs sociaux (ou d'autres solutions mises en place par certains groupements pour traiter de la dimension foncière et immobilière de la gestion des établissements) et la fixation de tarifs adaptés par les financeurs (collectivités territoriales et ARS) doit permettre de conforter une offre privée non lucrative nécessaire en complément des offres publique et privée lucrative.

En revanche, s'agissant du secteur hospitalier, on ne peut qu'être beaucoup plus réservé.

Les activités développées dans les établissements de santé mutualistes dans le champ du MCO ne présentent pas de spécificités particulières (même si certaines se placent sur le terrain de l'excellence). Il en est de même d'une partie des activités de SSR, mais celles-ci qui ont été fortement restructurées offrent l'avantage de pouvoir s'inscrire dans des parcours de soins, soit post hospitalisation, soit en préparation d'un hébergement de longue durée.

Les établissements mutualistes et, en particulier, ceux qui interviennent en court séjour, connaissent pour un grand nombre d'entre eux des difficultés financières récurrentes. Or, leur caractère mutualiste leur interdit de recourir, comme peuvent le faire d'autres établissements privés, à des logiques d'hyperspécialisation ou à la mobilisation significative de recettes supplémentaires par l'augmentation des prix et le développement de prestations accessoires. Ils sont également handicapés dans la concurrence pour le recrutement et la fidélisation des médecins, du fait de leur souci de délivrer des prestations sans dépassements.

Les plans de redressement financiers et les restructurations engagées ou nécessaires pour certains établissements sont extrêmement lourds. Ils requièrent la mise en place de gouvernances fortes et la réalisation d'investissements que tous les groupements mutualistes ne sont pas à même de porter.

La faiblesse du taux d'investissement moyen dans les établissements mutualistes par comparaison avec les non mutualistes en atteste et fait peser des menaces sur l'avenir.

Il n'apparaît pas, pour toutes ces raisons, que les groupements mutualistes aient de façon générale la vocation et la capacité de développer des activités hospitalières particulièrement dans le champ du court séjour. Cette considération doit être nuancée s'agissant de quelques territoires où existent de longue date une implantation et une expérience hospitalière solides dont la viabilité serait assurée.

2 LE CADRE ET LES CONDITIONS DE GESTION DES SERVICES SANITAIRES ET SOCIAUX MUTUALISTES

En 2001, le droit communautaire a été transposé au secteur de la Mutualité, faisant entrer celui-ci dans le champ des directives assurance, au même titre que les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance. Cette transposition opérée par l'ordonnance 2001-350 du 19 avril 2001 s'est traduite par une réforme du code de la mutualité transformant profondément l'organisation aussi bien institutionnelle que financière du secteur et a rendu nécessaire une évolution des statuts de la Mutualité. L'exposition à la concurrence des activités mutualistes d'assurance ainsi que l'application des normes prudentielles européennes ont abouti à un important mouvement de concentration qui a retenti sur l'ensemble du secteur, mettant en cause les formes traditionnelles de la gouvernance et de l'organisation mutualistes.

2.1 La transposition des normes européennes modifie profondément l'organisation du secteur mutualiste

Historiquement les mutuelles sont des associations de personnes constituées dans un but de prévoyance et de solidarité entre adhérents. Elles sont à but non lucratif, composées de membres qui bénéficient de prestations en contrepartie de cotisations et qui élisent leurs dirigeants à l'occasion d'assemblées générales. Les activités d'assurance sont exercées avec le souci de limiter l'individualisation des risques. Ces activités sont souvent complétées ou accompagnées d'actions d'information et de prévention dans le domaine de la santé et d'une offre de services sanitaires et sociaux réservés aux adhérents.

C'est ainsi qu'avant 2001, les mêmes organismes gèrent à la fois des activités d'assurance et des réalisations sanitaires et sociales au bénéfice de leurs adhérents, sans que la gestion et le financement des unes et des autres aient à être distingués.

Or, le droit communautaire, dans le domaine de l'assurance, oblige les organismes assureurs à respecter un principe de spécialité. Ce principe s'exprime dans le fait qu'un organisme d'assurance ne peut pratiquer que les opérations pour lesquelles il a obtenu l'agrément.¹¹

En conséquence, le Code de la mutualité a été réformé en 2001 pour permettre la création d'organismes mutualistes juridiquement distincts pour la gestion des activités d'assurance d'une part et pour celle des réalisations sanitaires et sociales d'autre part¹².

¹¹ Exprimé très simplement par l'article 8-1-b de la directive 73/239/CE modifiée : « *L'Etat membre d'origine exige que les entreprises d'assurance qui sollicitent l'agrément (...) : b) Limitent leur objet social à l'activité d'assurance et aux opérations qui en découlent directement, à l'exclusion de toute autre activité commerciale* »

¹² Ce point figure à l'article L.111-1 du code de la mutualité :

« II. - *Sous réserve des dispositions du III, une même mutuelle ne peut exercer à la fois une activité d'assurance définie au 1° ou aux deux derniers alinéas du I et une activité définie au 2° ou au 3° du I. En outre, une mutuelle exerçant une activité d'assurance ne peut contracter à la fois des engagements définis au b du 1° du I et des engagements définis aux c, d et e du 1° du I.*

III. - *Une mutuelle exerçant une activité d'assurance peut assurer la prévention des risques de dommages corporels, mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales dans la mesure où ces activités sont accessoires, et accessibles uniquement :*

- *à ses membres participants et à leurs ayants droit, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;*

Depuis cette date, le Code de la mutualité est ainsi organisé en cinq Livres.

Le Livre I traite des règles générales applicables à l'ensemble des mutuelles, quelle que soit la nature des activités exercées, et précise le cadre juridique qui régit les mutuelles, les unions de mutuelles ou encore les fédérations mutualistes.

Le livre II fixe les règles particulières qui s'appliquent aux mutuelles poursuivant une activité d'assurance en reprenant essentiellement les éléments des directives d'assurance (mutuelles du Livre II).

Le livre III est consacré aux mutuelles et unions « *pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion des réalisations sanitaires et sociales* » (mutuelles du Livre III).

Les livres IV et V traitent respectivement des relations de la mutualité avec l'Etat et du contrôle des mutuelles.

Les Mutuelles dites du livre II et celles dites du Livre III sont désormais des organismes dotés de personnalités distinctes et de financements également distincts.

Le financement des mutuelles du Livre III par les Mutuelles du Livre II n'est désormais possible que sur les fonds libres de ces dernières, c'est-à-dire sur la partie de leurs fonds excédant les réserves requises par les normes de solvabilité qui leur sont applicables.

Les dispositions du Livre II sont extrêmement développées et régulièrement actualisées suivant l'évolution du droit applicable au secteur de l'assurance.

Les dispositions du Livre III, à l'origine très succinctes, n'ont pas évolué et les textes d'application que nécessitaient certaines dispositions législatives de ce Livre n'ont toujours pas été pris (dans le domaine du contrôle notamment). Ceci s'explique notamment par l'attention prioritaire portée aux exigences fortes qu'imposaient les normes de solvabilité et de gestion dans le champ de l'assurance.

Les évolutions institutionnelles visant à structurer les mutuelles dites du Livre III, c'est-à-dire celles gérant les réalisations sanitaires et sociales mutualistes, résultent, en conséquence, pour l'essentiel de l'adaptation des statuts élaborés par la Fédération nationale de la mutualité française.

Les groupements mutualistes mis en place dans le cadre du Livre III du Code de la Mutualité se caractérisent par une forte hétérogénéité. Leurs statuts et les modalités de leur articulation avec les SSAM sont divers. Leur taille ainsi que la gamme des activités qu'ils gèrent sont également très variables. Leur implantation très inégale sur le territoire reflète celle des SSAM qui a été décrite dans la première partie du présent rapport.

2.1.1 L'organisation institutionnelle des groupements mutualistes du Livre III

Avant 2001, on peut distinguer deux grands types de groupements mutualistes : des groupements organisés au plan national et qui ont des adhérents et des réalisations sanitaires et sociales sur l'ensemble du territoire (essentiellement les mutuelles de fonctionnaires) d'une part, des groupements extrêmement divers et émiettés, implantés sur des territoires plus ou moins vastes (correspondant à des mutuelles territoriales dont le rayonnement pouvait être très limité géographiquement, des mutuelles professionnelles ou interprofessionnelles, des mutuelles d'entreprises, des mutuelles spécialisées dans un risque ou une activité précise comme les mutuelles chirurgicales) d'autre part.

- aux souscripteurs d'un contrat proposé par une entreprise relevant du code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale ou par une autre mutuelle d'assurance, et ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec ces souscripteurs. »

Pour les premiers, la séparation entre les activités d'assurance et la gestion des réalisations sanitaires et sociales a pu s'opérer de façon relativement simple en constituant à côté des mutuelles chargées des activités d'assurance, des mutuelles chargées de la gestion des réalisations sanitaires et sociales (ainsi par exemple de la MGEN qui a créé la MGEN action sanitaire et sociale et la MGEN centres de santé, toutes deux mutuelles du Livre III).

Pour les seconds, la séparation est plus complexe à réaliser dans un contexte mouvant marqué par un rapide regroupement des mutuelles du Livre II, sous l'effet de la concurrence et de l'application des normes de solvabilité.

A la suite de la réforme de 2001, le code de la mutualité dispose dans son article L.310-2 que les mutuelles ou unions du Livre III sont constituées dans les conditions prévues aux articles L.111-2 (unions créées par plusieurs mutuelles ou unions), L.111-3 (mutuelle ou union créée par une autre mutuelle ou union), L.113-1 (mutuelle créée par la volonté de personnes physiques).

La réforme des statuts de la FNMF intervenue en 2008 met en place un cadre visant à favoriser la structuration institutionnelle des activités relevant du Livre III au niveau territorial.

La réforme des statuts de la FNMF de 2008

En 2008, la FNMF lance une réforme statutaire qui repose sur un schéma distinguant trois niveaux : territorial, régional et national.

Les Unions départementales sont supprimées. Sont créées des Unions territoriales, lieux de gestion des services et structures sanitaires et sociaux mutualistes et des Unions régionales, lieux privilégiés de l'expression fédérale.

L'Union territoriale (en principe d'assise départementale) a pour vocation de gérer les SSAM sur un territoire donné. Pour piloter cette gestion elle regroupe les mutuelles adhérentes à la FNMF relevant du Livre II et qui comptent des adhérents dans le ressort géographique de l'Union¹³. Le poids des différentes mutuelles dans les instances, assemblée générale et conseil d'administration de l'Union, est déterminé en fonction de leur nombre d'adhérents dans le ressort de l'Union. Pour permettre la représentation des plus petites mutuelles, des Unions de représentation sont constituées, cette formule leur permettant de s'associer aux mutuelles les plus importantes qui assurent leur représentation.

L'Union régionale est chargée de l'application des orientations de la FNMF dans la région, incluant les orientations générales relatives aux SSAM, ainsi que d'actions de prévention et de promotion de la santé. Elle regroupe les mutuelles du Livre II, adhérentes à la FNMF et ayant des adhérents dans la région, les unions territoriales ayant leur siège dans la région et les mutuelles et unions mutualistes relevant du livre III gérant des SSAM établis dans la région concernée¹⁴. L'Union régionale est administrée par un conseil d'administration réparti en trois collèges : deux collèges pour les mutuelles santé avec une représentation au prorata des adhérents et un collège des unions territoriales et des mutuelles relevant du Livre III dont le nombre de sièges ne doit pas excéder 10% du nombre total des sièges du conseil d'administration.

¹³ Les mutuelles adhérentes à la FNMF sont obligatoirement membres des Unions territoriales dans le ressort desquelles elles comptent des adhérents et cotisent à ce titre à la Fédération et non directement à l'Union (l'importance du nombre d'adhérents mutualistes ressortissants du champ d'une Union territoriale n'étant pas nécessairement en adéquation avec l'ampleur des structures et services sanitaires et sociaux que celle-ci a en charge). Les sommes ainsi collectées alimentent le Fonds des SSAM géré par la Fédération et qui permet d'apporter des financements aux Unions territoriales,

¹⁴ Les mutuelles adhérentes à la FNMF sont obligatoirement membres des Unions régionales dans le ressort desquelles elles comptent des adhérents et versent à ce titre à la Fédération une cotisation dont une partie est reversée aux Unions régionales pour l'accomplissement de leur mission fédérale.

Au niveau national, la gouvernance de la Fédération est réformée en renforçant le poids des mutuelles du Livre II qui représentent désormais 70% des délégués à l'assemblée générale de la FNMF (700 sur 1000 contre 1500 auparavant) et 75% des membres du conseil d'administration réduit à 40 membres contre 108 auparavant.

A l'heure actuelle, plusieurs types de mutuelles ou groupements mutualistes du Livre III coexistent : les Unions territoriales mises en place à la suite de la réforme statutaire de 2008, des Unions de gestion qui réunissent plusieurs mutuelles pour la gestion d'une structure ou d'un service ou d'un ensemble de structures et services sanitaires et sociaux¹⁵ et, enfin, les Unions dédiées créées essentiellement par les grandes mutuelles pour la gestion de leurs structures et services sanitaires et sociaux. Il subsiste quelques mutuelles ou unions locales (qui sont en général un héritage historique).

Dans tous les cas, les groupements mutualistes du Livre III se distinguent fondamentalement en termes de gouvernance de ceux du Livre II puisqu'ils ne donnent pas lieu à adhésion directe de personnes physiques, mais ont pour adhérents d'autres groupements mutualistes du Livre II ou du Livre III¹⁶.

Il n'existe pas de recensement unique et public des groupements du Livre III, permettant de disposer d'une description précise et exhaustive des groupements, de leur composition et de leur statut, ainsi que des SSAM qui leur sont rattachés.

La FNMF considère qu'elle regroupe environ 170 unions et mutuelles du Livre III réalisant un chiffre d'affaires annuel de l'ordre de 3 Milliards d'euros¹⁷. Mais parmi elles, un certain nombre sont inactives ou ne gèrent pas de structures ou de services sanitaires ou sociaux, se limitant à la dispensation de prestations d'action sociale.

Les Unions territoriales sont aujourd'hui au nombre de 71. Elles sont issues du regroupement des SSAM des petites mutuelles interprofessionnelles, établies sur une base territoriale. Pour ces Unions, l'implantation locale, rarement régionale, prédomine. Six grosses Unions territoriales avec une base forte émergent en Bourgogne, dans le Centre Ouest, les Pays de la Loire et la Bretagne. La FNMF encourage un mouvement de regroupement des Unions territoriales à un niveau interdépartemental, avec pour cible une structuration si possible régionale coïncidant avec le découpage administratif de sorte à favoriser une certaine homogénéisation des activités, la mutualisation de moyens et le dialogue avec les ARS. Les Unions territoriales regroupent actuellement 60% des structures et services sanitaires et sociaux mutualistes, représentant 55% du chiffre d'affaires total des SSAM.

Les autres groupements mutualistes du livre III gérant des SSAM sont de l'ordre de 80. Ils sont issus de la séparation entre activités d'assurance et activités de gestion des réalisations sanitaires et sociales essentiellement de grandes mutuelles dans le cadre d'unions dédiées ou de la mise en place d'unions de gestion de réalisations particulières, hospitalières notamment. A l'exception de la MGEN, leur ancrage est, comme pour les Unions territoriales, géographiquement marqué. Ils regroupent 40% des SSAM représentant 45% du chiffre d'affaires total des SSAM.

¹⁵ A l'instar de l'Union mutualiste groupe hospitalier de Grenoble ou de la MFpass « mutualité fonction publique action santé social », Union mutualiste constituée de 25 mutuelles de la Fonction publique de livre II et de livre III en charge de l'Institut Mutualiste Montsouris et d'une dizaine de services pour personnes handicapées.

¹⁶ Il existe des exceptions historiques rarissimes, comme la mutuelle cantonale du Livre III de Château-Renault dans l'Indre.

¹⁷ Rapport du Conseil national des SSAM, avril 2011.

2.1.2 Un effort de la FNMF pour renforcer la gouvernance des Unions territoriales

Lors de la mise en place des Unions territoriales, le principe a été posé d'une représentation des mutuelles du Livre II dans les instances dirigeantes de ces Unions au prorata de leur nombre d'adhérents dans le ressort des Unions territoriales considérées, selon la logique de la démocratie mutualiste qui veut que un homme égale une voix.

Dans un certain nombre d'unions territoriales, cette forme de représentation n'a cependant pas permis la constitution de majorités solides propres à assurer un pilotage serré des SSAM, d'autant que l'absence de décision n'a pas de conséquence directe pour les membres des instances. De plus, le dispositif mis en place ne donne pas de poids particulier aux organismes manifestant un engagement particulier dans l'équilibre financier de l'Union soit par leurs apports initiaux, soit par des contributions ultérieures.

Ainsi, de multiples petites mutuelles représentées dans les instances d'une Union peuvent se révéler hors d'état d'assurer le pilotage et la viabilité d'un ensemble de SSAM dont la gestion est pourtant susceptible d'être équilibrée, du fait de leurs divisions sur les orientations stratégiques et de leur faible surface financière. Dans d'autres cas, la faiblesse de la gouvernance peut aboutir à une absence de contrôle des instances administratives et à l'engagement à l'initiative de ces dernières de stratégies, d'acquisitions hospitalières notamment, problématiques.

Pour pallier cette faiblesse, et favoriser la constitution de « majorités de gouvernement » faisant coïncider au mieux responsabilité politique et responsabilité économique au sein des Unions, le dispositif des « collègues financeurs » a été introduit dans les statuts de la Mutualité (en 2003). Il conduit à distinguer, dans les instances de l'Union territoriale, deux collègues, un collègue des mutuelles « dit utilisateur » et un collègue des mutuelles « dit financeur ». Il permet d'attribuer une représentation plus forte dans les instances de décision d'une Union territoriale aux mutuelles qui sont à l'origine d'apports et prennent des engagements particuliers dans son financement. La décision d'instituer ce dispositif dans le cadre d'une Union est prise par l'Assemblée générale de l'Union territoriale à la majorité des deux tiers et elle est soumise à l'accord du Comité d'éthique de la FNMF. Elle permet d'accorder une surpondération des voix des mutuelles constituant le collègue financeur qui peut aller jusqu'au doublement, sans leur permettre de détenir plus de 70% des voix.

Pour éviter qu'un seul groupement ne puisse prendre seul des décisions majeures pour la vie et le devenir d'une Union territoriale, il est prévu (depuis 2012) que les décisions majeures et exceptionnelles, qui sont pour l'essentiel celles qui appellent une majorité des deux tiers, fassent l'objet de votes dans lesquels la surreprésentation prévue par le dispositif du collègue financeur ne soit pas prise en compte (opérations pouvant donner lieu à une démutualisation dont la cession ou la vente d'activité, adhésion à une Fédération, à une Union ou toute autre structure, mutualiste ou non).

Il existe aujourd'hui 71 Unions territoriales. 12 d'entre elles sont actuellement dotées de collègues financeurs. Cela ne veut pas dire pour autant que 59 Unions territoriales soient dotées d'une gouvernance faible. Dans un certain nombre d'entre elles, il existe des majorités de gestion claires qui existent sans la matérialisation d'un dispositif de collègue financeur (dans d'autres situations les enjeux sont faibles et ne réclament pas ce type de dispositif).

2.1.3 Des formes variées d'articulation entre les groupements mutualistes et les SSAM

L'articulation entre les groupements mutualistes et les structures sanitaires et sociales qu'ils gèrent prennent des formes juridiques variées. La gouvernance des établissements hospitaliers qui pose des problèmes spécifiques donne lieu à des dispositifs particuliers.

2.1.3.1 Trois types de statuts pour les SSAM

En principe, la structure ou le service sanitaire ou social rattaché à une mutuelle du Livre III n'a pas de personnalité juridique distincte de celle-ci. Cette situation est la plus conforme aux dispositions du code de la mutualité. Le principe issu de l'article L.411-2 du code de la mutualité de 1985, selon lequel les établissements et services n'ont pas de personnalité distincte, est ainsi maintenu : la personnalité juridique d'un SSAM est confondue avec celle de la mutuelle fondatrice. Les établissements et services sont créés par la mutuelle, sans intervention de l'autorité administrative (contrairement aux dispositions qui figuraient dans le code de 1985 qui prévoyaient une autorisation et un règlement-type). Les instances dirigeantes de la mutuelle ont la responsabilité du pilotage et de l'équilibre financier de l'ensemble des SSAM qui sont rattachés à celle-ci. Ceci n'interdit pas l'identification de centres de responsabilité et de gestion propres à chacun des secteurs d'activité ou des SSAM concernés, dans des conditions qu'il appartient à la mutuelle de définir.

Il arrive cependant que la structure ou le service sanitaire ou social ait un statut associatif. La mutuelle ou l'union du Livre III participe alors à sa gouvernance, détenant ou non un contrôle majoritaire. C'est une configuration qui existe dans le champ médico-social, des EPAHD en particulier dans le cas notamment de reprises de structures préexistantes. Elle peut également être adaptée à la gestion d'établissements pour personnes handicapées dans lesquelles l'implication des équipes et des familles est souvent spécifique. Un tiers des établissements d'HAD dans lesquels interviennent les mutuelles a également une forme associative. Ce choix est dicté par la recherche d'un mode de gestion partenarial entre des prescripteurs de statuts différents (établissements hospitaliers, EPAHD, SSIAD et SAD).

La structure ou le service sanitaire ou social peut enfin être géré dans un cadre commercial (société de capitaux). C'est un cas fréquemment rencontré lors de la reprise de cliniques privées ou pour le développement d'activités ne pouvant pas être effectuées dans un cadre mutualiste (par exemple vente de matériel médical). Le capital de la société peut n'être détenu que par une mutuelle, elle peut l'être aussi par plusieurs. 30% des établissements de Médecine Chirurgie Obstétrique sont gérés sous forme commerciale. Ce phénomène est marginal dans le secteur des Soins de Suite et de Réadaptation.

2.1.3.2 Le cas des établissements hospitaliers

La gestion des établissements de santé constitue un cas particulier pour deux raisons principales. Leur taille et les aléas de leur équilibre d'exploitation sont facteurs de risques qui peuvent être importants à l'échelle des groupements mutualistes qui les portent. Ils requièrent par ailleurs des capacités d'investissement significatives.

Ces considérations ont conduit la FNMF à constituer à la fin des années 2000 le Groupement hospitalier mutualiste, GIE qui avait vocation à terme à assurer un pilotage national et une gestion intégrée de l'offre hospitalière mutualiste, avec notamment la mise en place d'une société foncière nationale favorisant la gestion financière du groupement et permettant d'en accompagner la restructuration. Cette formule centralisée n'a pas recueilli l'assentiment des principales composantes du mouvement mutualiste et a été abandonnée. Le Groupement hospitalier mutualiste est désormais une des têtes de réseau métier de la FNMF (voir plus haut).

La poursuite de la réflexion fédérale sur les conditions d'organisation de la gestion mutualiste d'établissements de santé a conduit à l'expression du principe selon lequel aucune Union territoriale ou Mutuelle du Livre III ne puisse porter seule un établissement hospitalier. L'acquisition de nouvelles capacités hospitalières à l'initiative d'une LIII est, par conséquent, désormais soumise à l'avis préalable des instances fédérales¹⁸. L'orientation consiste à ne pas avoir d'établissement hospitalier isolé et dans des cas de plus en plus fréquents d'en prévoir l'adossé à des mutuelles du Livre II. La gestion hospitalière suppose en effet la capacité à mobiliser des ressources importantes à la fois en termes financiers et en termes d'expertise.

Aujourd'hui, s'agissant des établissements hospitaliers, il existe de multiples cas de figure.

Un certain nombre d'établissements hospitaliers continuent d'être portés dans le cadre d'Union territoriales¹⁹. Ces Unions territoriales sont cependant le plus souvent contrôlées par des groupes réunissant des mutuelles du Livre II de grande taille (ainsi par exemple EOEVI à Saint Etienne ou HARMONIE en Bretagne et dans le Centre).

Des établissements sont gérés dans le cadre d'Unions de gestion comme à Grenoble (Union mutualiste groupe hospitalier de Grenoble) ou à Bordeaux (Le pavillon de la Mutualité), à Lyon ou en Languedoc-Roussillon (avec une pluralité d'unions correspondant aux différents établissements) ; d'autres le sont dans le cadre d'Unions dédiées (c'est le cas de la vingtaine d'établissements hospitaliers de psychiatrie et de Soins de suite et de réadaptation de la MGEN).

Enfin, un certain nombre d'Unions territoriales et quelques autres mutuelles du Livre III gèrent des activités hospitalières dans le cadre externalisé de sociétés commerciales (comme en Bourgogne, en Charente, en Ile de France ou dans le Limousin pour ne citer que ces exemples).

Hospi-Grand-Ouest (HGO) qui est une holding, société commerciale détenue par HARMONIE, la MATMUT, la CARAC, Radiance et Médéric-Malakoff constitue un cas tout-à-fait particulier. HARMONIE en détient le contrôle. Elle fonctionne sur le modèle intégré un temps envisagé au niveau fédéral avec le Groupement hospitalier mutualiste. Elle prend en charge les opérations de croissance externe sur les territoires de la Bretagne et des Pays de Loire. Elle internalise des fonctions d'expertise au sein du groupe. Elle dispose d'une société foncière. Les établissements hospitaliers historiques sont cependant restés au sein des Unions territoriales de la région Bretagne.

De nouvelles formules de gouvernance apparaissent, enfin à l'occasion d'opérations de redressement d'établissements importants en difficulté. Encouragées par la FNMF, elles visent à constituer des formes de gouvernance renforcées dans le cadre de mandats de gestion établis sous le contrôle d'un pool de mutuelles du Livre II (dans l'idéal au moins deux) comme c'est le cas pour l'Institut Mutualiste Montsouris, et comme cela pourrait se mettre en place à Lyon. L'établissement est alors piloté par un Conseil de surveillance composé des principaux financeurs avec un contrôle resserré.

¹⁸ Circulaire FNMF du 12 mars 2007 ; qui prévoit cet avis à titre obligatoire pour les unions départementales ou régionales et le recommande à tous les groupements adhérents.

¹⁹ C'est le cas des Unions territoriales Anjou-Mayenne (1 SSR), Côtes d'Armor (1 SSR), Finistère-Morbihan (1 MCO et 1 SSR), Hérault (1 SSR), Indre-Touraine (1 SSR), Limousin (2 SSR) et Loire (1 MCO et 1 SSR).

2.1.4 Un paysage hétérogène aussi bien du point de vue des statuts des groupements mutualistes du Livre III, que de la taille et de la nature des activités qu'ils couvrent

Les groupements mutualistes du Livre III sont donc aussi bien des Unions territoriales que des Unions de gestion ou des Unions dédiées. Ils sont de tailles très diverses. En 2012 le groupe MGEN réalise près de 300M d'euros pour ses SSAM, la plus petite Union territoriale moins de 150 K euros. Certains de ces groupements ne gèrent qu'un type d'activité (hôpital à Grenoble par exemple) cependant que d'autres groupements couvrent pratiquement toute la gamme des activités relevant des SSAM (Mutualité bourguignonne par exemple). Ils sont comme la plupart des SSAM qu'ils gèrent fortement implantés dans certaines régions.

2.1.4.1 Les dix premiers groupements mutualistes du Livre III

Les tableaux ci-dessous reprennent les éléments collectés en 2012 par la FNMF portant sur les produits d'exploitation bruts déclarés par les différentes mutuelles et unions du Livre III. 131 groupements sont effectivement recensés. Le total des produits d'exploitation correspondants sont de 3,4 Mds€

Le tableau ci-dessous donne les résultats pour les cinq Unions territoriales les plus importantes.

Tableau 21 : Unions territoriales

Unions territoriales	Produits d'exploitation 2012 en M€
Mutualité française Bourguignonne	140
Mutualité française de la Loire	124
Mutualité française Anjou-Mayenne	103
Mutualité française Indre Touraine	96
Mutualité française Finistère Morbihan	89
Total	552

Source : FNMF traitement IGAS

Le tableau ci-dessous donne les résultats pour les cinq mutuelles et unions du livre III autres que les unions territoriales les plus importantes.

Tableau 22 : Autres mutuelles et unions du Livre III

Mutuelles du Livre III	Produits d'exploitation 2012 en M€
MGEN action sanitaire et sociale et centres de santé	420
MF PASS	165
Union mutualiste groupe hospitalier de Grenoble	115
Union Harmonie Service	114
Pavillon de la Mutualité	85
Total	899

Source : FNMF traitement IGAS

Réunis les 10 premiers groupements mutualistes réalisent ainsi 42% des produits d'exploitation de l'ensemble.

2.1.4.2 La diversité des activités sanitaires et sociales couvertes

Le tableau suivant illustre la diversité des activités couvertes par les différents groupements considérés.

Pour des chiffres d'affaires voisins, la Mutualité française bourguignonne gère 117 SSAM couvrant pratiquement toute la gamme des activités, avec une forte implication dans le champ médico-social cependant que l'Union mutualiste groupe hospitalier de Grenoble gère 4 SSAM, un établissement de santé et 3 centres de santé.

Dans les groupements comportant des activités hospitalières, ces activités pèsent toujours lourdement dans le chiffre d'affaires de l'ensemble, ainsi dans la Mutualité française de la Loire qui gère 51 SSAM dont 5 établissements hospitaliers, ceux-ci pèsent pour près de la moitié dans le chiffre d'affaires de l'ensemble.

Tableau 23 : SSAM des principales mutuelles ou union du Livre III en 2012

Groupements mutualistes	Optique	Audio.	Pharm.	Hospi	Ets PA	Ets PH	Enfance	Centres de santé	Total
MGEN ASS				22	8				30
MFPASS				1		13			14
Mutualité française bourguignonne	14	11	5	4	39	31	10	8	117
Mutualité française Loire	9	9		5	11	3	1	8	51
Union Groupe hospitalier de Grenoble				1				3	4

Union réalisation HSS				6				6	12
Mutualité française Anjou-Mayenne	17	11	2	3	11	17	43	6	120
Mutualité française Indre-Touraine	22	13	3	2	11	12	8	9	80
Mutualité française Finistère Morbihan (UT seulement)				2		7			9

Source : FNMF traitement IGAS

2.2 L'équilibre financier des structures du Livre III et leurs modalités de financement

L'équilibre financier des groupements du livre III est évidemment tributaire de celui des SSAM dont ils assurent la gestion. Si, globalement, on peut considérer que l'ensemble constitué des groupements mutualistes du livre III est proche de l'équilibre financier (par un effet de compensation entre activités structurellement déficitaires et activités bénéficiaires) on observe, en revanche, des situations contrastées selon les groupements, tenant entre autres facteurs à leur histoire qui influe notamment sur leur gamme d'activités, l'implantation géographique de leurs SSAM et les conditions de leur gestion.

2.2.1 La situation financière des groupements du livre III

Dans les statistiques utilisées ici on raisonne sur les données collectées par la FNMF pour 65 Unions territoriales et 76 mutuelles et unions dédiées²⁰. La fiche qui figure en annexe 5 est sur le même périmètre.

Les tableaux ci-dessous résument la situation.

Tableau 24 : Résultats des Unions territoriales

65 Unions territoriales	2 011	2 012
Nombre d'UT déficitaires	16	18
Nombre d'UT bénéficiaires	54	47
Montant total des pertes (en milliers d'euros)	10 147	6 191
Montant Total des bénéfices (en milliers d'euros)	27 813	22 106

Source : FNMF traitement IGAS

Parmi ces Unions : 47 présentent des résultats positifs à hauteur de 22M€ et 18 d'entre elles présentent des résultats nets négatifs pour l'exercice 2012 qui s'élèvent à - 6M€. Le solde net est donc un résultat positif de 16M€.

²⁰ Les éléments financiers sont ici donnés d'une manière à rendre anonymes les groupements mutualistes.

S'agissant des résultats négatifs leur montant (- 6,1M€) rapporté aux produits (401 M€) représente un ratio de 1,5%.

Sur ces 18 Unions déficitaires, les deux plus importants déficits s'élèvent respectivement à 9,3% et à 8,3% des produits.

En termes de comptes de bilan :

- 18 Unions ont des dettes supérieures à plus de 100% de leurs fonds mutualistes ;
- Les trois Unions présentant les ratios les plus dégradés ont des ratios dettes/fonds propres qui s'élèvent respectivement à 617%, 347% et 300% ;
- Les 5 plus importantes dettes rapportées au bilan total représentent 290M€ pour un total de bilan de 450M€ Parmi ces Unions, l'Union la plus endettée a un ratio dettes/total Bilan de 97%. **Quatre de ces cinq Unions territoriales gèrent des établissements de santé.**

Une Union enfin a des fonds propres négatifs à hauteur de 4M€ soit 6,7% du total de son bilan.

S'agissant des autres mutuelles et unions du Livre III les résultats figurent ci-dessous.

Tableau 25 : Résultats des autres mutuelles et unions du Livre III

76 Mutuelles du Livre III	2011	2012
Nombre de L3 Déficitaires	26	39
Nombre de L3 bénéficiaires	48	37
Montant total déficit (en milliers d'euros)	21 173	35 208
Montant total bénéfice (en milliers d'euros)	20 562	12 288

Source : FNMF traitement IGAS

Sur ces mutuelles et unions dédiées : 37 ont des résultats nets positifs pour un total de 35 M€ et 39 des résultats négatifs à hauteur de 35 M€ soit un solde négatif de 23M€

Sur ces 39 mutuelles 2 mutuelles présentent des ratios déficits/produits d'exploitation profondément dégradés de 297% et 53,5%.

En termes de comptes de bilan :

- 36 mutuelles ont des dettes supérieures à plus de 100% de leurs fonds mutualistes ;
- Les trois mutuelles présentant les ratios les plus dégradés ont des ratios aberrants de plus de 1000% signifiant que leurs dettes sont dix fois supérieures à leurs fonds propres ;
- Les cinq plus importantes dettes rapportées au bilan total représentent 358 M€ pour un total de bilan de 566 M€ Parmi ces cinq mutuelles, la mutuelle la plus endettée a un ratio dettes / total bilan de 106%. Elle appartient à un groupe mutualiste. Parmi ces 5 mutuelles, toutes gèrent des établissements de santé.

Enfin, quatre mutuelles ont des fonds propres négatifs pour 6,9M€

Sur la base de ces documents, il est clair que, si la situation du secteur mutualiste relevant du Livre III peut être globalement analysée comme « équilibrée », des situations de tension extrême existent pour une partie non négligeable des groupements mutualistes singulièrement pour les mutuelles et Unions dédiées.²¹

²¹ La mission n'avait pas vocation à analyser plus finement les raisons des situations les plus graves, mais il semble avéré que les mutuelles gestionnaires d'établissements de santé de court séjour exposent les risques les plus élevés.

2.2.2 Des sources de financement des groupements mutualistes du Livre III contraintes par le droit communautaire et par la réforme des statuts de la Mutualité

Globalement, et quel que soit leur statut au sein du Livre III, les groupements mutualistes qui gèrent les réalisations sanitaires et sociales font face à une situation nouvelle.

Tout d'abord, ils ne sont plus bénéficiaires comme précédemment de la communauté de gestion avec la partie assurantielle des activités mutualistes, désormais de la responsabilité des mutuelles du Livre II. Comme il a déjà été indiqué, pour les mutuelles dédiées, les apports financiers sont effectués sur le « patrimoine libre » c'est-à-dire sur les réserves libres constituées en dehors des réserves prudentielles. Ils ne peuvent être supérieurs à ce patrimoine libre. La responsabilité financière de l'organisme fondateur est limitée au montant de cet apport en application de l'article L.111-4 du code de la mutualité. Les transferts financiers ne peuvent remettre en cause les exigences de solvabilité (Article L111-3 du code de la mutualité

Par ailleurs l'article L-310-4 du code de la mutualité dispose que pour l'ensemble des groupements mutualistes du Livre III « *Pendant les cinq ans qui suivent leur création, les apports ne peuvent être utilisés à d'autres fins que celles prévues à l'origine* ».

Les conclusions à tirer de ces nouvelles dispositions sont plus ou moins rigoureuses. Selon l'ACPR, elles devraient conduire les mutuelles du Livre II à proscrire tout subventionnement d'activités gérées dans le cadre du Livre III, en particulier s'ils couvrent des déficits d'exploitation de façon récurrente. Le principe de spécialisation a été intégré par les grands groupes mutualistes qui en tirent pour conséquence la nécessité pour les groupements du Livre III d'atteindre à terme l'équilibre financier par leurs propres moyens, même si celui-ci n'est pas aujourd'hui assuré.

En second lieu, lors de la séparation entre mutuelles du Livre II et mutuelles du Livre III la répartition des fonds propres s'est faite diversement. Lors de cette séparation, il semble que le partage des fonds propres se soit réalisé dans des conditions variables, selon les circonstances et les enjeux locaux, mais le plus souvent en faveur des mutuelles exerçant des activités d'assurance afin de leur permettre de disposer de fonds propres suffisants pour garantir leur solvabilité. Ceci limite les fonds propres ou réserves dont disposent les groupements du Livre III, conditionnant leur capacité à s'engager dans des activités nécessitant des investissements importants.

Enfin, la réforme de 2008 des statuts de la FNMF supprimant les Unions départementales et mettant en place des Unions régionales chargées de la mission fédérative et des Unions territoriales chargées de la gestion des SSAM a conduit à repenser le financement des différentes Unions²², ce qui contraint davantage que par le passé les ressources disponibles pour le financement des SSAM de certaines Unions territoriales.

Le financement fédéral des SSAM transite désormais par le Fonds de développement des SSAM qui est un fonds interne à la FNMF financé par des cotisations des mutuelles. Ses orientations résultent des décisions prises lors de l'Assemblée générale de juin 2012. Son fonctionnement est opérationnel depuis le milieu de l'année 2013. Doté de 25M€ il fonctionne selon une logique d'appel à projets. Il comporte plusieurs enveloppes destinées respectivement à permettre aux Unions territoriales de développer de l'ingénierie de projet, de financer des projets innovants ou enfin d'apporter une aide ponctuelle aux restructurations. Selon les instructions de la FNMF, la part de chaque enveloppe est de l'ordre de 25% pour l'ingénierie, 70% pour les projets de développement et 10% pour les aides ponctuelles.

²² Les Unions régionales bénéficient désormais de la part des cotisations versées par les mutuelles adhérentes correspondant à l'exercice des missions fédératives, cependant que la part des cotisations au titre des SSAM, qui s'élève aujourd'hui à 10 centimes par adhérent mutualiste dans le champ de l'Union territoriale, est centralisée par la Fédération²² et vient alimenter le Fonds de développement des SSAM.

Ce fonds obéit à des règles précises : il ne finance pas les projets hospitaliers, cible un certain type d'opérations, n'accorde des subventions qu'aux Unions territoriales et des prêts aux autres LIII.

Alors que l'équilibre d'un certain nombre de groupements mutualistes du Livre III est précaire voire n'est pas assuré du fait des difficultés de gestion de certaines des activités qu'ils gèrent (centres de santé, certains établissements hospitaliers)²³ et alors que leur restructuration peut requérir des investissements importants, les conditions de leur financement se trouvent désormais fortement contraintes.

2.2.3 Les aides publiques

Les mutuelles du Livre III peuvent bénéficier de divers financements extérieurs et notamment publics, susceptibles de contribuer à leur restructuration, au financement d'actions innovantes et aussi dans un certain nombre de cas permettant de combler des déficits d'exploitation.

2.2.3.1 Le Fonds national des services d'action mutualiste

Alimenté à l'origine par les livrets A en déshérence, le FNSAM est aujourd'hui alimenté principalement par les bonis de liquidation des mutuelles et par les produits de ses placements.

Il dispose aujourd'hui de 75 M€ auxquels s'ajoutent 93€ M euros d'encours de prêts. La gestion financière du Fonds est assurée par la Caisse des dépôts et consignation.

L'objet des aides allouées est large : elles peuvent viser à développer des réalisations sanitaires et sociales présentant un caractère innovant, aussi bien qu'à améliorer le développement et les conditions d'exploitation des réalisations des mutuelles du Livre III.

La décision d'octroi de l'aide est prise par une Commission du Conseil supérieur de la mutualité au vu d'un dossier fourni par l'organisme, qui fait l'objet d'un filtrage informel par la FNMF.

Les décisions sont prises après, le cas échéant, avis du directeur de l'ARS concernée. Cet avis est réputé rendu dans un délai de deux mois à compter de la saisine.

Le secrétariat de la Commission est assuré par la direction de la sécurité sociale.

Le code de la mutualité impose que l'aide du Fonds ne représente pas plus de 50% du montant du projet. Les projets présentés peuvent, par ailleurs, bénéficier de l'aide du Fonds fédéral de développement des SSAM (doté d'un crédit annuel de 25 M) pour les mutuelles adhérentes de la FNMF, qui sont les seules à présenter en pratique des demandes au FNSAM.

Les aides accordées par le Fonds sont enfin soumises à la réglementation européenne sur les aides publiques. Cette réglementation autorise les aides n'excédant pas un plafond de 200 000 euros sur une période de trois ans (toutes aides publiques confondues) ainsi que les compensations de service public bénéficiant à des services économiques d'intérêt général.

Depuis 2010, le contrôle de la gestion du FNSAM par la direction de la sécurité sociale a été renforcé et son orientation vers des prêts accentuée au détriment des subventions. Cependant son fonctionnement reste encore peu satisfaisant comme le souligne la fiche jointe en annexe 3.

²³ En tant qu'assureur et que réseau porteur de valeurs de solidarité, la Mutualité s'inscrit dans une logique de modération et d'opposabilité des tarifs des offreurs de soins. Cette logique s'oppose à la mobilisation d'un certain nombre de leviers tels que la facturation à un prix élevé de certaines prestations accessoires (tarif des chambres particulières dans le champ hospitalier, tarif d'hébergement dans le champ médico-social) ou le développement d'activités hors nomenclature (prix des chambres particulières à l'IMM de 45 à 80 euros). Elle rend plus difficile l'atteinte de l'équilibre par les SSAM.

2.2.3.2 Les aides des Agences régionales de santé

On mentionne ici les aides des ARS qui peuvent être attribuées aux établissements hospitaliers mutualistes. Elles sont, en effet, susceptibles de conforter par des apports substantiels les groupements mutualistes qui en assurent la gestion.

Les Agences régionales de santé (ARS) appliquent aux établissements mutualistes les règles du secteur d'activité auquel ils participent. (Voir annexe 8)

Les établissements bénéficient des différentes enveloppes au titre des missions d'intérêt général (MIG) et des aides à la contractualisation (AC), comme le montre une enquête réalisée auprès de quatre ARS (Provence Côte d'Azur, Ile de France, Pays de Loire et Rhône-Alpes).

S'agissant des ESPIC, ils bénéficient de la compensation partielle de leur différentiel de charges salariales²⁴. Certains établissements justifient également de l'attribution de crédits au titre de missions d'intérêt général. Enfin, les ARS apportent leur soutien à un nombre limité d'établissements déficitaires ou s'inscrivant dans des schémas de réorganisation de l'offre territoriale, dans le cadre de la contractualisation.

Le montant total pour les quatre ARS étudiées représente près de 50 millions d'euros pour les deux exercices 2012 et 2013, dont 60% correspondent à des aides à la restructuration ou à la réduction des déficits.

Tableau 26 : Versements de dotations des ARS à des établissements mutualistes dans quatre régions en 2012 et 2013

Années 2012 et 2013	Montant des MIG et compensation des charges salariales (en euros)	Montant des AC pour réduction du déficit ou restructuration (en euros)	Total (en euros)
ARS PACA	335 701	2 955 718	3 291 419
ARS Ile de France	8 404 602	5 499 578	13 904 180
ARS Pays de Loire	845 664	3 866 030	4 711 694
ARS Rhône-Alpes	9 815 842	17 363 121	27 178 963
Total	19 401 809	29 684 447	49 086 256

Source : ARS, Mission IGAS

Au total, les aides extérieures et notamment publiques dont les groupements mutualistes du Livre III sont susceptibles de bénéficier sont de plus en plus conditionnées par l'inscription de leur action dans le cadre des orientations générales des politiques publiques conduites dans les régions et les territoires par les ARS et les collectivités territoriales. C'est pourquoi, il paraît opportun de réserver les financements spécifiquement dévolus aux groupements mutualistes via le FNSAM à un appui aux restructurations nécessaires et à l'investissement dans des actions innovantes. La priorité donnée aux prêts est primordiale pour maintenir cette capacité d'appui spécifique qui, désormais alimentée par les seuls produits de liquidation de groupements mutualistes, risquerait si elle était utilisée sous forme de subventions de s'épuiser rapidement.

Recommandation n°1 : Revoir le fonctionnement du FNSAM afin de privilégier les prêts

²⁴ La dernière circulaire budgétaire 2013 concernant les établissements de santé alloue aux ESPIC une aide de 35 millions d'euros au titre de la compensation partielle des surcoûts liés aux charges salariales.

2.3 Des perspectives incertaines dans un contexte de constitution de groupes aux stratégies variées s'agissant des relations entre LII et LIII et des SSAM

Les contraintes résultant de l'entrée des mutuelles du Livre II dans le champ des directives assurance ont conduit à un mouvement de concentration extrêmement rapide du secteur conduisant à la constitution de groupes mutualistes de grande taille et dans certains cas à des rapprochements avec d'autres types d'acteurs de la couverture complémentaire, des institutions de prévoyance notamment. Le récent accord national interprofessionnel (ANI) devrait encore accentuer cette évolution.

Le même mouvement de concentration ne s'est tout d'abord pas produit dans le champ du Livre III fortement marqué par des logiques territoriales et par la personnalisation de la gestion des structures et services mutualistes.

Cependant, la séparation des activités d'assurance et de gestion des SSAM pose des problèmes de gouvernance qui ont conduit la FNMF à faire évoluer l'organisation institutionnelle des Unions territoriales, encourager leur regroupement et renforcer leur gouvernance, ainsi qu'on l'a vu ci-dessus. Par ailleurs, dans quelques régions, le regroupement des mutuelles locales et des petites interprofessionnelles intégrées au sein de groupements du Livre II de grande taille a modifié les conditions de pilotage et de gestion des SSAM qui leur étaient antérieurement rattachés, se traduisant par des solutions institutionnelles diverses et parfois complexes dont l'économie est loin à ce jour d'être stabilisée.

2.3.1 Un mouvement de concentration rapide dans le champ du Livre II

Issues d'une longue tradition historique, les mutuelles connaissent depuis 10 ans une évolution considérable due à la transposition des directives européennes d'assurance.

Ces directives, en leur appliquant les règles communes d'agrément et de sécurité financière des assurances, ont engagé un mouvement de concentration rapide. Les petites mutuelles ne pouvant remplir les obligations de sécurité financière exigées par les directives ont fait porter leurs engagements par une mutuelle « substituée »²⁵.

C'est ainsi qu'avant la transposition des directives d'assurance, le monde mutualiste, très disparate, comptait en 2001 environ 5000 groupements mutualistes protégeant plus de 38 millions de personnes et encaissant 16,2 milliards d'euros de cotisations²⁶.

En 2008, le dernier rapport de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles ACAM expliquait la diminution du nombre d'organismes soumis aux dispositions du Code de la mutualité en ces termes : « *par les nombreuses fusions et dissolutions, non compensées par les quelques créations qui sont intervenues. Les principales causes de cette évolution sont les mêmes que les années précédentes, à savoir une concurrence toujours très vive entre les organismes et une complexification du métier d'assureur complémentaire. La concurrence et les exigences du métier poussent beaucoup d'organismes à adapter leur stratégie et à estimer qu'ils n'ont pas la taille critique pour survivre sur le long terme* ».²⁷

²⁵ Une convention de substitution permet à une mutuelle de transférer tout ou partie de son risque assurantiel à un autre organisme, tout en conservant une autonomie juridique et la relation avec ses adhérents.

²⁶ Source DREES études et résultats N° 241 de mai 2003 qui constitue le dernier document complet sur la mutualité d'avant la réforme.

²⁷ Au 1er janvier 2008, il y avait donc 1846 organismes en activité, dont 1070 relevant du Livre II, c'est-à-dire pratiquant des activités d'assurance, et 709 relevant du Livre III, c'est-à-dire pratiquant des activités d'action sociale. Parmi les 1070 organismes, 424 sont substitués ; ceux-ci ne conservent plus de risque d'assurance, l'ayant transféré par convention à une autre mutuelle, pour un volume de primes de 18,8 milliards d'euros et 17,2 milliards de prestations. Au sein de cet

En 2012, l'Autorité de contrôle prudentiel confirme la poursuite de la concentration du secteur mutualiste²⁸ en recensant à l'issue de 29 nouvelles fusions un nombre de mutuelles en activité qui s'établit à 630 dont 202 substituées.

A côté de ce mouvement profond qui marque l'ensemble des mutuelles d'assurance santé, de véritables stratégies caractérisent l'évolution du mouvement mutualiste. Il s'agit de la constitution de grands groupes mutualistes à l'image de la stratégie poursuivie par la MGEN dans le champ de la fonction publique.²⁹ Dans le secteur privé, marqué par le développement des accords collectifs de prévoyance, le rapprochement des mutuelles interprofessionnelles donne naissance à des groupes mutualistes avec le plus souvent un ancrage régional : c'est le cas du groupe HARMONIE, qui avec plus de 2Mds€ de cotisations « quasi exclusivement en assurance santé » se place désormais au premier rang des mutuelles du code de la mutualité. D'autres groupes apparaissent comme le groupe EOVI-MCD fruit du rapprochement entre deux importantes mutuelles interprofessionnelles ou encore le groupe ADREA qui regroupe des mutuelles sur la région Rhône Alpes.

Mais ces rapprochements ne se limitent pas aux seules mutuelles du code de la mutualité il s'étend aux mutuelles d'assurance, notamment sous l'impulsion de la MATMUT, ainsi qu'aux groupes de prévoyance³⁰.

Les perspectives ouvertes par la logique concurrentielle, liée à la stratégie d'investissement du champ de la santé par l'ensemble des organismes d'assurance, comme la généralisation de la couverture complémentaire santé dans un cadre collectif prévue par l'accord national interprofessionnel ANI (avec le sujet des clauses de désignation ou de recommandation) vont sans doute encore amplifier la concentration du secteur mutualiste

Le « top 30 de la mutualité » pour 2013 établi par l'Argus de l'assurance dresse ainsi un classement où figurent, à côté des grandes mutuelles de la fonction publique, les nouveaux groupes mutualistes interprofessionnels.

ensemble, les mutuelles de fonctionnaires représentent une composante importante avec 34 mutuelles appartenant à l'union politique Mutualité Fonction publique (MFP) dont la puissante MGEN.

²⁸ Rapport annuel 2012.

²⁹ La MGEN a longtemps été le premier groupe mutualiste tant en termes de cotisations que de personnes protégées 1,7 Md€ et 3,4 millions de personnes protégées ; il s'intègre maintenant à un périmètre plus large avec la création d'Istya. La réunion de Prevalides et d'Harmonie l'égalerait avec 1,6Md€ de cotisations et 3,4 millions de personnes protégées selon l'Argus de l'assurance.

³⁰ Malakoff-Médéric est partenaire d'Harmonie Mutualité pour le développement du conventionnement avec les magasins d'optique.

Tableau 27 : Les 9 premières mutuelles selon l'Argus de l'assurance

Mutuelle	Cotisations totales en Md€	Santé individuelle en Md€	Santé collective en Md€	Adhérents en millions	Personnes protégées en millions
Harmonie Mutuelle	2,3	1,3	0,9	2,5	4,3
MGEN	1,9	1,6	0,01	1,8	2,9
Mutuelle Générale	1,1	0,4	0,4	0,9	1,3
MNH	0,6	0,6	0,02	0,6	1
Unéo	0,6	0,6	NS	0,6	1,1
MNT	0,6	0,5	NS	0,6	1,1
Adréa Mutuelle	0,6	0,4	0,1	0,6	0,9
Maaf santé	0,5	0,5	0,01	0,6	1
Eovi Mutuelle	0,5	0,3	0,1	0,5	0,9

Source : ARGUS de l'assurance 2013 chiffres au 1^{er} janvier 2013. Le total des cotisations est supérieur au total des cotisations santé car il comporte des cotisations de prévoyance non indiquées.

2.3.2 La concentration du secteur du Livre III

La concentration est également un élément décisif de la physionomie du secteur du Livre III, mais elle reflète tout autant les conséquences des regroupements à l'œuvre dans le champ du Livre II que la concentration historique des SSAM dans certains groupements et certaines régions.

Sur les Unions territoriales qui recensent en 2012 1,6 Md€ de produits d'exploitation³¹, la plus grande Union réalise 140M€ de produits, la plus petite moins de 500k€

Les 10 plus grandes Unions avec 800 M€ de produits concentrent la moitié des produits d'exploitation des SSAM.

Le tableau ci-dessous donne les éléments relatifs aux 25 Unions qui totalisent 1,2 Md€ de produits exploitation.

Tableau 28 : Produits d'exploitation des Unions territoriales en 2012

Unions territoriales	Produits en M€	% Total des produits
5 premières	555	34%
10 premières	805	50%
15 premières	988	61%
20 premières	1 128	70%
25 premières	1 241	77%

Source : FNMF traitement IGAS

Sur les 76 mutuelles et unions dédiées, qui réalisent 1,8Md€ de produits d'exploitation en 2012, les éléments recensés sont similaires³². La plus grande mutuelle a 300 M€ de produits, la plus petite moins de 100k€ Les 5 plus grandes mutuelles totalisent 44% des produits, les 10 premières plus de 60%.

³¹ Les résultats 2012 portent sur 65 Unions, 6 Unions n'ayant pas transmis leur compte à la date de la mission.

³² Les résultats 2012 portent sur 76 mutuelles et unions dédiées

Tableau 29 : Autres mutuelles du livre III

Mutuelles du Livre III	Produits en M€	% Total des produits
5 premières	814	44%
10 premières	1 127	61%
15 premières	1 344	73%
20 premières	1 456	79%
25 premières	1 549	84%

Source : FNMF traitement IGAS

A l'évidence le secteur des mutuelles du Livre III Il est en évolution avec notamment des regroupements d'Unions territoriales³³ et des tentations pour former des grands groupes mutualistes nationaux à structure complexe mais intégrant des mutuelles du Livre III.

2.3.3 Des stratégies diverses des grands groupes de LII vis-à-vis des SSAM

La MGEN, a créé pour la gestion de ses SSAM des mutuelles distinctes dédiées, MGEN action sanitaire et sociale et MGEN centres de santé. Ayant de adhérents sur l'ensemble du territoire la MGEN est, par ailleurs représentée dans l'ensemble des Unions territoriales.

La constitution de groupements importants dans le champ du Livre II résultant du rapprochement puis de la fusion de mutuelles interprofessionnelles dans un certain nombre de régions a posé pour ces mutuelles la question du devenir des SSAM dépendant des mutuelles fusionnées. Ces SSAM sont bien souvent restés structurés sur une base territoriale limitée et gérés dans le cadre d'unions dédiées des nouveaux groupements, ou d'unions de gestion. Il en est ainsi d'HARMONIE ou d'EOVI qui sont par ailleurs représentées dans les unions territoriales où elles ont des adhérents.

ADREA a, quant à elle, fait le choix de transférer aux Unions territoriales la gestion de ses SSAM.

Si, pour tous ces groupements, les SSAM sont un élément de différenciation et d'identité de la mutualité, la place qu'ils leur accordent dans leur stratégie est variable, de même que la façon dont ils conçoivent les relations entre mutuelles du Livre II et mutuelles du Livre III, ainsi que les modalités juridiques d'organisation du secteur du Livre III.

Ils mettent, par ailleurs, en place des dispositifs de conventionnement qui posent des questions d'articulation avec une démarche de gestion d'une offre propre.

³³ Il s'agit pour la FNMF de promouvoir le regroupement volontaire des unions territoriales sur une base régionale. Ce regroupement conjugue une base territoriale suffisante, le caractère multi-gestionnaire des groupements et une gouvernance remodelée.

La réflexion des principaux groupements mutualistes sur les relations entre mutuelles du Livre II et mutuelles du Livre III

La vision de la MGEN

« C'est la LII qui est donneuse d'ordre et doit définir les orientations stratégiques des LIII et en assurer le contrôle. L'adhésion des mutualistes se fait, en effet, à la LII, pas à la LIII.

L'objectif premier est d'assurer un accès effectif aux soins et services sociaux aux adhérents de la MGEN, en favorisant une logique de parcours, de qualité et de faibles restes à charge.

Pour la MGEN l'offre de structures et de services sanitaires et sociaux doit se développer dans le cadre de ses structures propres (Unions dédiées), à travers ISTYA et un dispositif de conventionnement ainsi que dans le cadre des Unions territoriales et par des prises de participation dans des organismes non lucratifs.

Des procédures d'animation, de formation et de reporting des délégués ont été mis en place afin de renforcer la gouvernance des activités du Livre III.»

La vision d'HARMONIE

« HARMONIE est issue d'un regroupement de mutuelles interprofessionnelles ancrées dans l'ouest. Très inspirée de l'expérience nantaise où il existe une offre de structures et services sanitaires et sociaux extrêmement dense, elle considère que la démarche mutualiste doit s'appuyer sur deux piliers l'un en LII, l'autre en LIII.

Elle met en avant la nécessité de pallier le risque de gouvernance dans le champ des LIII et a engagé une dynamique de croissance faisant adhérer à son Union LIII Harmonie services mutualistes un certain nombre d'Unions territoriales. Ce groupe rassemble des mutuelles dédiées, des unions de gestion et des Unions territoriales. Il est actionnaire de sociétés anonymes comme HMS (biens médicaux).

Dans le cadre de cette Union, il développe une organisation croisant logiques métier et territoriale et établit des lignes managériales entre des directions techniques structurées par métier et les entités correspondantes y compris au sein des Unions territoriales adhérentes. La consolidation des comptes d'ensemble y compris de celles de certaines Unions territoriales au sein du groupe a été votée et s'appliquera à compter de l'exercice 2013.

HARMONIE mutuelle contrôle, en outre HGO, Hospi-Grand-Ouest structure commerciale intégrée qui réalise des opérations externes de croissance hospitalière

HARMONIE a mis en place un dispositif de conventionnement par l'intermédiaire de la plateforme KALIVIA partagée avec le groupe Malakoff-Médéric. »

La vision d'ADREA

« ADREA est issue d'un regroupement de mutuelles interprofessionnelles ancrées dans la Région Rhône-Alpes qui ont fait le choix de se détacher du secteur LIII.

Lors de la partition entre les activités d'assurance et les autres activités, ADREA a fait le choix de transférer ses réalisations au sein des Unions territoriales, en ayant un poids dans les instances de ces Unions lui en assurant le contrôle, ou en y intervenant dans le cadre d'un collège financeur.

Elle a par ailleurs mis en place un dispositif de conventionnement par l'intermédiaire de la plateforme KALIVIA »

La vision d'EOVI

« EOVI fruit du regroupement de mutuelles interprofessionnelles en Rhône-Alpes et dans le sud du massif central considère les activités du Livre III comme un complément de l'offre assurantielle, un outil de différenciation. Son action se développe à, la fois dans le cadre d'unions dédiées et des unions territoriales où il est représenté. Il structure la gouvernance de l'ensemble avec une Union de Livre I, lieu de définition de la stratégie, de coordination et d'échange, par la désignation des délégués dans les Unions du Livre III, et la mise en place de procédures de reporting des délégués et des conseils territoriaux.

En outre, au sein de ces entités du champ mutualiste, figurent aussi de véritables stratégies de groupe multipliant les structures. En effet, le secteur mutualiste connaît un mouvement de démutualisation qui conduit parfois les responsables mutualistes à choisir des modes de gestion extérieurs au code de la mutualité, aussi bien dans le secteur commercial qu'associatif.³⁴ Cet éclatement des modes de gestion, qui trouve son origine dans de multiples facteurs, les uns liés au souci de s'affranchir des contraintes du code de la mutualité en matière de gouvernance, les autres à la volonté de gérer des services dont l'objet n'est pas compris dans les dispositions, pourtant très générales, du code de la mutualité comporte le risque, outre une mauvaise lisibilité du secteur mutualiste, d'une banalisation de la mutualité, qui ne serait alors qu'un statut que l'on prend parmi d'autres. (Voir l'annexe 4 sur l'organigramme de l'Union mutualité Finistère Morbihan).

Au total, le secteur du Livre III est aujourd'hui encore très hétérogène. Le renforcement de la gouvernance des groupements qui le composent est un enjeu majeur et suppose la création d'entités de taille suffisante où responsabilité politique et responsabilité économique coïncident. C'est une condition nécessaire pour assurer le pilotage et la viabilité de groupements aujourd'hui soumis à des contraintes financières qui se sont considérablement renforcées. Les formes de cette organisation qui sont essentiellement encadrées par les statuts de la Mutualité, sont cependant loin d'être stabilisées.

3 LE CONTROLE ET LA MAITRISE DES RISQUES SONT DESORMAIS DES ENJEUX MAJEURS

3.1 Les groupements du Livre III doivent s'intégrer dans une culture de gestion des réalisations sanitaires et sociales

3.1.1 L'extension des procédures d'audit et de contrôle interne aux groupements du Livre III est nécessaire

Les groupements du Livre III sont soumis comme toute organisation, à des risques. Or, les éléments qui figurent dans la deuxième partie du rapport montrent que ceux-ci sont avérés compte tenu de l'importance des budgets portés par les mutuelles en particulier dans le domaine hospitalier.

Cependant, la manière dont a été conçu le code de la mutualité a conduit à limiter le cadre normatif applicable aux mutuelles du Livre III qui ne comporte, faut-il le rappeler que quelques règles générales contenues dans moins d'une dizaine d'articles de Loi. Cette situation contraste avec celle qui s'applique aux mutuelles du Livre II qui disposent d'un corps de règles strictes pour l'audit et le contrôle interne liées à leur inscription dans le champ des directives d'assurances³⁵.

³⁴ C'est ainsi que 30% des établissements de court séjour seraient gérés sous la forme de sociétés commerciales, et, les services d'hospitalisation à domicile choisiraient une forme de gestion associative selon les constats du rapport 2011 sur les SSAM

³⁵ L'article R 211-28 du code de la mutualité oblige les mutuelles du livre II, comme organismes assureurs, de disposer « en permanence d'un contrôle interne de gestion de ses placements » Par ailleurs, le code du commerce comme le code monétaire et financier définissent les missions d'une commission spécialisée, obligatoire pour les mutuelles du Livre II chargée d'assurer le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières. L'article L823-19 du code du commerce oblige les mutuelles du Livre II à disposer d'un comité spécialisé « agissant sous la responsabilité, selon le cas, de l'organe chargé de l'administration ou de l'organe de surveillance assure le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières. » L'article L.511-46 du code monétaire et financier précise que « le comité mentionné à l'article L. 823-19 du code de commerce assure également le suivi de la politique, des procédures et des systèmes de gestion des risques. »

Il importe non pas de chercher à répondre à cette situation par la mise en œuvre de normes communes, lesquelles n'auraient que peu de sens car l'égalisation des situations ou des dispositifs ne peut être un objectif en soi, mais plutôt de mettre en place des indicateurs et des dispositifs adaptés à l'activité des mutuelles du Livre III et permettant de répondre au besoin d'outils de gestion et d'alerte.

S'il ne s'agit donc pas de copier les règles applicables aux mutuelles du Livre II telles quelles pour les transposer aux mutuelles du Livre III, et s'il doit être porté attention au sort des très petites mutuelles, pour lesquelles des outils de contrôle interne analogues à ceux des grandes mutuelles ne seraient pas adaptés, il convient cependant d'obliger les mutuelles relevant du Livre III à disposer d'outils d'audit et de contrôle interne. (Voir l'annexe 7)

Dans certains cas, en particulier pour les mutuelles et unions dédiées, ces outils existent déjà sous la forme de répliques des dispositions statutaires propres à la mutuelle du Livre II : c'est par exemple le cas des unions de gestion de la MGEN. Dans le cas d'HARMONIE les mutuelles dédiées, unions de gestion et unions territoriales dépendant d'HARMONIE verront leurs comptes consolidés à compter de l'exercice 2013 et soumis à un corps de règles d'audit et de contrôle propres dans une logique de groupe. Pour ces situations, l'obligation pourra être satisfaite par référence aux statuts.

Il paraît donc opportun de tenir compte des différences entre les mutuelles du Livre III afin de mettre en place, sous une forme adaptée, un dispositif de contrôle interne applicable aux unions et aux mutuelles relevant du livre III dès lors que leur niveau d'activité atteint un certain seuil³⁶ et qu'ils n'ont pas dans leurs statuts un dispositif répliquant celui d'une mutuelle du Livre II.

Recommandation n°2 : Rendre obligatoire pour les unions et les mutuelles relevant du Livre III les plus importantes un contrôle interne

Recommandation n°3 : Rendre obligatoire la mise la mise en place de comités d'audit dans les mutuelles du Livre III les plus importantes et la participation à un dispositif d'analyse des comptes

L'exemple de la MGEN

La MGEN a sensibilisé ses représentants dans les Unions régionales et les Unions territoriales à la qualité de la gestion en leur demandant une remontée systématique des informations qu'ils détiennent (rapports de gestion des UT, information au fil de l'eau dès qu'apparaissent des difficultés) de façon à en assurer le recollement (la MGEN est présente dans toutes les UT). Elle a créé une structure d'animation de ces élus depuis 2012.

La MGEN a, par ailleurs, mis en place dans le cadre de ses Unions dédiées un double contrôle interne :

Un contrôle des établissements.

Une Commission de suivi et d'accompagnement des établissements auprès du CA, composée de 15 administrateurs qui vont sur le terrain (pour des visites de 3 à 5 jours). Ces visites sont préparées avec le siège et donnent lieu à des grilles d'entretiens et des auditions des acteurs locaux. Cette commission éclaire le CA sur les risques stratégiques. Elle est rattachée depuis 2014 au Comité d'audit du Groupe.

Des audits de la SHAM ont aussi été demandés et sont en cours, avec des experts auditeurs en vue de la certification des établissements. Une auto-évaluation est demandée aux établissements médico-sociaux ;

³⁶ Ce seuil pourrait être par exemple de 10 millions de chiffres d'affaires ou un effectif de l'ordre de 50 personnes.

Une commission de suivi et d'apurement des comptes élue par l'assemblée générale contrôle l'ensemble des instances.

3.1.2 La rénovation des outils d'audit et de contrôle doit renforcer la professionnalisation de la gestion des réalisations mutualistes

Une nouvelle culture de gestion est nécessaire pour les mutuelles du Livre III.

3.1.2.1 La professionnalisation de la gestion

Les UGECAM par exemple connaissent au sein de l'assurance maladie une évolution de ce type. Cette professionnalisation suppose de disposer d'indicateurs de gestion fondés sur des outils de remontées d'informations de gestion. Dans un autre registre la MGEN modernise sa propre procédure budgétaire avec des taux cibles d'excédent brut d'exploitation rapporté aux produits de ses établissements.³⁷

De tels tableaux de bord devraient rassembler des éléments synthétiques sur :

- L'activité et les produits
- Les charges et les effectifs
- Les frais de siège
- Le calcul des marges et de la capacité d'autofinancement
- Les comptes de bilan

Ces agrégats ainsi suivis permettraient la constitution d'indicateurs synthétiques pour chaque activité : indicateurs de performance opérationnelle de type chiffre d'affaire moyen par jour d'hospitalisation ou par praticien, indicateurs de performance dans les ressources humaines comme le taux de masse salariale affecté à la production... A partir de ceux-ci un suivi des situations manifestement déséquilibrées pourrait être effectué par les instances de direction des mutuelles.

Pour qu'une telle évolution des modes de gestion soit effective, la mise en place de ce type d'outils doit systématiquement apparaître comme étant un élément décisif de l'activité d'une mutuelle gestionnaire de services.

Afin de s'assurer que cette professionnalisation est effective la mission préconise de faire apparaître cette mission comme l'objet social de toute mutuelle relevant du Livre III.

Recommandation n°4 : Compléter par la mise en place d'outils de gestion des services gérés l'objet social des mutuelles du Livre III

Les réseaux métier de la Fédération malgré leur diversité ont tous vocation à se voir confirmés en centres d'expertise et en instance de collecte et de diffusion des bonnes pratiques au service des adhérents.³⁸ Leur mission doit être cohérente avec les missions de la FNMF. Ils doivent contribuer à ces missions en apportant les éléments d'expertise destinés à la définition de la stratégie nationale.

Recommandation n°5 : Utiliser l'expertise des réseaux métier à l'appui d'une démarche transversale d'amélioration de la gestion et de la qualité

³⁷ Pour la MGEN, cet exercice de « reporting » interne se situe dans le cadre d'un plan stratégique pluriannuel comportant des actions ciblées destinées à « optimiser les résultats économiques » de ses établissements et services

³⁸ Décision en ce sens du conseil d'administration de la FNMF avec la création du conseil des SSAM en 2011.

3.1.2.2 La question des établissements de santé

S'agissant des établissements de santé, il s'agit de rechercher une solution spécifique pour la gestion des établissements de santé exposant des risques importants.

Plusieurs éléments de discussion sont nécessaires à ce stade.

Tout d'abord, la mutualité manifeste une originalité dans la composition de son offre de soins, davantage dans le champ des soins de suite que dans celui du court séjour. Les soins de suite offrent en effet l'avantage de pouvoir s'inscrire dans des parcours de soins, soit post hospitalisation soit en préparation d'un hébergement de longue durée. Ce type d'offre est cohérent avec l'accent mis par la FNMF sur les éléments favorisant le parcours de soins.

Ensuite ce sont les établissements de court séjour qui exposent les mutuelles aux risques financiers les plus importants. Les éléments recueillis par la mission auprès des ARS tests soulignent la situation délicate d'un nombre non négligeable d'établissements de court séjour gérés par la mutualité. Les résultats déficitaires de grands établissements de court séjour ont effectivement un impact non négligeable sur les mutuelles gestionnaires et par ricochet sur les mutuelles du Livre II lorsqu'elles ont des mutuelles ou des unions dédiées.³⁹

Dans ces conditions, la question se pose de savoir si la mutualité n'aurait pas intérêt à faire le choix d'accepter de ne maintenir en son sein les établissements de santé qu'à la condition qu'elle en professionnalise la gestion, en particulier pour les établissements de court séjour les plus importants. Ceci suppose, en dehors du recrutement de gestionnaires hospitaliers avisés, de donner aux organes de gestion des compétences accrues. Le principe de la mise en place, pour chaque établissement visé, d'une commission technique hospitalière pourrait être affirmé (dans les situations où des mutuelles se sont réunies pour apporter un soutien financier cette commission est formée des principaux financeurs). Cette commission spécialisée du conseil d'administration serait ainsi chargée d'accompagner l'équipe dirigeante dans la réalisation de son plan de gestion. Une telle formule est mise en place pour l'Institut Mutualiste Montsouris.

Recommandation n°6 : Mettre en place des instances de gestion pour les établissements de santé les plus importants

3.1.3 La FNMF peut assumer un pilotage national des risques pour les mutuelles adhérentes

3.1.3.1 La FNMF peut mettre en place un système fédéral de prévention des risques

L'organisation de la mutualité repose sur un cadre juridique original avec, d'une part des mutuelles santé en voie de recomposition soumises aux directives d'assurance et au contrôle de l'ACPR, d'autre part des mutuelles relevant d'un Livre III faiblement contraignant alors qu'elles s'exposent à des risques importants, sans système de prévention et d'alerte, et enfin une fédération nationale dotée de compétences propres.

³⁹ C'est ainsi que les activités déficitaires de deux cliniques mutualistes de l'Ouest de la France ont conduit, outre la mobilisation de crédits d'assurance maladie à hauteur de 4M€ sous la responsabilité de l'ARS à une subvention de 6M€ de la mutuelle santé à son Union et à un abandon de créance de 10M€ entre l'Union et les gestionnaires. Au total les financements exceptionnels sollicités s'élèvent à 16M€ pour des produits hospitaliers annuels inférieurs à 60M€. Cette situation recouvre totalement les analyses de la cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2013 sur les établissements privés à but non lucratif : « De fait, les établissements privés à but non lucratif ne sont pas en situation de supporter des déficits d'exploitation persistants. Si des établissements très déficitaires ont pu survivre, aidés par leurs structures gestionnaires et par les pouvoirs publics, leur assise financière (à l'exception de ceux relevant des mutuelles, qui limitent cependant leur soutien) est un facteur de fragilité en cas de déséquilibre budgétaire. » p.285

Dans cette organisation, il est important de relever que la FNMF est la seule fédération mutualiste à être autorisée à gérer un système fédéral de garantie vis-à-vis des mutuelles du Livre II. Le mouvement mutualiste a, en effet, toujours revendiqué une spécificité l'autorisant à mettre en place des instances de garantie des risques concurrentes de celles de l'Etat : c'est le cas du système fédéral de garantie. Cet instrument interne, financé par des cotisations fédérales a été destiné à sécuriser les opérations d'assurance. Il a perduré après la réforme de 2001.⁴⁰

Ce dispositif, géré dans une Union et dont le règlement financier est approuvé par l'ACPR, a pour particularité de donner à la FNMF une capacité d'audit fondée sur une expérience du traitement d'états financiers. S'il ne s'agit pas ici de porter une appréciation sur l'efficacité du dispositif, ce rappel souligne l'expérience acquise par la fédération dans la mise en place d'un système d'informations financières.

Si le contrôle interne doit rester propre à chaque groupement, sur la base sans doute d'un cahier des charges commun à l'ensemble du monde mutualiste, la FNMF a des capacités d'audit qu'elle peut déployer au service d'une amélioration de la gestion des mutuelles du Livre III. Le système fédéral de garantie s'appuie sur une organisation qui a fait ses preuves. Le département d'expertise financière a l'expérience des états financiers. Il connaît la situation des mutuelles, comme le montrent les éléments communiqués à la mission. Rien n'interdit d'étendre son action à la mise en place d'un « système fédéral de prévention des risques » conforme aux orientations de la fiche sur le contrôle interne qui figure en annexe.

Alimenté par des informations fiables, financé par des cotisations internes, un système de prévention des risques applicable aux mutuelles du Livre III aurait pour avantage de diffuser une culture du risque et de permettre la mise en place des outils de prévention déjà développés dans les systèmes de garantie.⁴¹

C'est ainsi que la FNMF a lancé en juillet 2013 un appel d'offre pour le « développement d'outils de prévention des risques pour les organismes du Livre III et leurs SSAM ». L'objectif est de donner aux groupements les outils fondamentaux d'information de détection et de suivi des risques financiers liés à la gestion des SSAM, outils destinés à être articulés avec ceux déployés par les services de la FNMF et les têtes de réseaux opérationnels auxquels adhèrent les organismes du Livre III.

L'extension de ce type de dispositif suppose cependant des conditions préalables à remplir : un recensement et des remontées d'informations.

- Tout d'abord un recensement et un enregistrement précis des mutuelles et unions du Livre III et des SSAM.

Le problème est réglé pour les mutuelles du Livre II avec le principe de l'agrément instruit par l'ACPR auquel se rattache l'obligation de transmettre les bilans, comptes de résultat et états prudentiels qui permettront ensuite le contrôle sur pièces et sur place.

Il a existé un projet de création d'un Répertoire nationale des mutuelles lancé dans les années 90, qui devait avoir une base légale, mais n'a pas vu le jour⁴².

Un chantier est en cours de la FNMF pour constituer cette identification et cette cartographie. Il est stratégique.

⁴⁰ Son rôle défini à l'article L.111-6 du code de la mutualité s'accompagne de la mise en place d'outils de contrôle.

³⁹ Les services financiers ont déjà mis en place des indicateurs d'analyse des risques et d'alerte pour les mutuelles et unions du Livre III.

⁴² Actuellement n'existe qu'un dispositif d'enregistrement articulé avec l'attribution du n° qui n'est qu'un enregistrement SIREN assuré par le secrétariat général du Conseil supérieur de la Mutualité (direction de la sécurité sociale). Un certificat d'immatriculation est délivré à l'organisme sans publicité particulière.

- Une remontée de données financières à un système de prévention des risques géré par la FNMF

Des remontées obligatoires des comptes et données financières auprès du département d'expertise financière de la FNMF s'imposent aux mutuelles du Livre III⁴³. Les états financiers descendent depuis 2012 jusqu'au détail des comptes des établissements. Sur cette base, le département d'expertise financière examine les soldes intermédiaires de gestion, établit des tableaux de bord et des indicateurs d'alerte⁴⁴.

Il existe cependant dans cet exercice un problème qui est celui de la date de ces remontées. Les comptes de l'année N doivent être arrêtés au plus tard le 30/4 de l'année N+1 et être soumis pour approbation à l'assemblée générale du Groupement au plus tard le 30/7 de N+1.

Ces comptes sont demandés par la Fédération dans une campagne qui débute en février de N+1. Alors qu'elle obtient les Comptes des LII au printemps, elle n'a une remontée que de 50% des comptes des LIII fin juin et de 80% en Septembre (certaines LIII attendant la tenue de l'AG qui se fait dans le courant de l'été). Ceci conduit à un suivi trop tardif, d'autant que les remontées manquantes concernent bien souvent les situations les plus difficiles.

Il pourrait être proposé de rendre obligatoire des remontées des comptes et de données de gestion à la Fédération, détaillées par secteur d'activité, et par établissement au 30/6 de N+1

Il faudrait en outre dans certains cas pouvoir organiser la transmission de situations intermédiaires, EPRD, budgets des EPAHD,

Recommandation n°7 : Recenser avec précision les LIII

Recommandation n°8 : Rendre obligatoire pour les principaux groupements adhérents à la FNMF la transmission de comptes détaillés par secteur d'activité et par établissement ou service, au plus tard le 30/6 de chaque année au titre de l'année précédente.

3.1.3.2 Les limites d'un système fédéral de prévention des risques

Si la mise en place par la FNMF d'un outil de prévention des risques paraît nécessaire, reste à analyser la portée de cet outil au regard des préoccupations sur le contrôle du Livre III.

Dans cette perspective, deux questions méritent d'être traitées. La première a trait à la limite du système qui ne doit pas conduire à instaurer un fonds de redressement, la seconde correspond à la gestion de l'alerte et à ses conséquences.

Sur le premier point, l'hypothèse d'un fonds de redressement n'est pas étrangère à la réflexion du mouvement mutualiste. Sa création a été écartée lors des débats préalables à la tenue de l'assemblée générale de juin 2012 de la FNMF. L'une des raisons principales était d'éviter de recourir à un fonds fédéral là où la règle veut que ce soit d'abord les mutuelles du Livre II qui soient amenées à intervenir en cas de défaillance grave d'une de leurs mutuelles du Livre III.

Sur le second point, il faut examiner si les éléments actuels du code de la mutualité, qui fixent les missions des fédérations mutualistes, sont suffisants pour donner à la FNMF, à l'occasion de la mise en place d'un système fédéral de prévention des risques une autre mission que celle de l'alerte auprès des groupements concernés.

⁴³ En vertu de l'article 69 des statuts de la FNMF : «*les groupements adhérents doivent adresser chaque année à la fédération toute documentation utile sur leur activité et, en particulier...le compte de résultat et le bilan de l'année écoulée.*»

⁴⁴ Ce sont ces données qui ont été partie transmis à la mission et exploités dans la partie 2 du présent rapport.

Il est clair que rien dans le code de la mutualité ne donne ce type de compétence à une fédération mutualiste.⁴⁵ Au surplus, si l'on fait le parallèle avec le système fédéral de garantie, ce sont les membres de la fédération qui le créent sous la forme d'une union relevant des dispositions de l'article L.111-4 du code de la mutualité.

Il faut donc admettre que la mise en place d'un système de prévention des risques applicable aux mutuelles du Livre III peut être réalisée en l'état par la FNMF comme une disposition interne applicable aux mutuelles adhérentes **sans conséquence sur l'autonomie de gestion des groupements**. L'une des conséquences annexes est qu'un tel système reposant sur l'adhésion à la FNMF ne sera pas applicable aux mutuelles non adhérentes. Or il existe deux autres fédérations mutualistes : la Fédération nationale indépendante des mutuelles et la Fédération du groupe Pasteur propre aux mutuelles médicales ; sans prendre en compte la singularité de la Fédération des mutuelles de France.

3.1.3.3 L'extension du champ d'intervention du système de prévention des risques

L'extension du champ d'intervention nécessite d'aborder successivement l'outil juridique nécessaire pour le rendre applicable à l'ensemble du champ mutualiste et la nature des pouvoirs utiles pour assurer l'effectivité de son action.

On a vu plus haut que, pour les mutuelles du Livre II adhérentes au système fédéral de garantie de la FNMF, le principe retenu était celui de l'union mutualiste qui suppose un acte volontaire des mutuelles. Dans cet esprit, les mutuelles acceptent d'être soumises à « *un contrôle administratif, technique et financiers sur leur organisation et leur gestion* » selon les dispositions du 3^{ème} alinéa de l'article L.111-6 du code de la mutualité.

La voie statutaire est-elle ouverte pour mettre en place un outil de contrôle des groupements ?

L'analyse des statuts de la FNMF ne démontre pas la possibilité pour la fédération d'organiser des contrôles sur les mutuelles adhérentes.⁴⁶

Au surplus, on voit mal comment être assuré du succès d'une telle manœuvre. Afin d'être acceptée elle doit s'accompagner de la mise en place d'un intérêt pour les mutuelles d'accepter un système de contrôle renforcé de la FNMF dès lors qu'il s'agirait de donner à la FNMF une capacité de contrôle en contrepartie de l'adhésion au système fédéral de prévention des risques. Or pour les grandes mutuelles dédiées qui relèvent de puissantes mutuelles du Livre II l'avantage d'un tel système est faible. On doit reconnaître que la formule statutaire, si elle a l'avantage de reposer sur le consensus des mutuelles, et évite de faire apparaître cette capacité comme un nouveau pouvoir des instances dirigeantes, comporte, en outre, le risque de ne pas être acceptée par certains acteurs au sein même de la FNMF.

Plus encore elle n'est pas de nature à couvrir tout le champ mutualiste.

Dans ces conditions, il semble important de dépasser la voie statutaire pour deux raisons.

La première parce qu'il est clair qu'une disposition législative est nécessaire pour donner à une fédération mutualiste un pouvoir de contrôle sur des groupements adhérents du Livre III.

La seconde parce que si la FNMF est considérée comme représentative en application des articles L.411-2 et R.413-2 du code de la mutualité pour siéger au conseil supérieur de la mutualité il est difficile d'admettre qu'elle est la seule fédération mutualiste.

Sur le plan juridique s'agit-il d'envisager cette extension des pouvoirs pour la seule FNMF ou doit-on l'admettre pour les autres fédérations mutualistes ?

⁴⁵ C'est l'article L.111-5 du code de la mutualité qui fixe les missions très générales des fédérations mutualistes.

⁴⁶ L'examen des statuts de la FNMF laisse penser que la Fédération ne possède pas en elle-même les éléments nécessaires à l'exercice d'une telle mission.

Sur ce point, il n'est peut-être pas si difficile de lever la difficulté en conjuguant les dispositions rappelées plus haut sur la représentativité de la FNMF dans ses relations avec l'Etat et celles sur le système de garantie pour lesquels la FNMF est de longue date la seule à avoir assuré ce type de service.

Quel que soit le sort de cette question, seule une modification du code de la mutualité peut légitimement donner de nouvelles missions à la FNMF allant au-delà de l'alerte auprès des groupements mutualistes et transposant les dispositions propres au système fédéral de garantie. La seule question qui se pose ici est l'acceptabilité d'une telle extension des missions de la fédération par les mutuelles adhérentes. La réponse se trouve sans doute, s'agissant des groupes les plus importants déjà dotés de systèmes de prévention des risques dans la vérification d'une certaine cohérence des différents outils mis en œuvre et dans des formes de contractualisation avec la Fédération.

Recommandation n°9 : Réviser les missions de la FNMF afin de lui confier une mission d'impulsion et de coordination des outils de gestion des risques dans le cadre d'un système fédéral de surveillance

Sa généralisation pourrait être garantie par l'obligation faite aux mutuelles du Livre III d'adhérer à un tel système. Les principales caractéristiques de ce système de prévention pourraient être prévues par les textes, fondant le pouvoir fédéral d'obtenir dans des délais précis des remontées d'information, comptables notamment, de procéder à des audits, d'alerter les groupements mutualistes du Livre III et les mutuelles du livre II concernés, de faire des observations et des recommandations, d'accompagner des mesures de redressement. Les systèmes fédéraux mis en place à ce titre pourraient être soumis à un agrément du Ministre chargé de la mutualité.

L'efficacité du système fédéral suppose que les groupements alertés prennent les mesures nécessaires pour assurer la viabilité de leurs activités en s'appuyant sur les recommandations qui leur sont faites. La question peut se poser, dans un certain nombre de cas, où la structuration encore insuffisante des groupements du Livre III s'accompagne de dispositifs de gouvernance faibles. Les évolutions en cours pour mieux organiser le secteur en regroupant les structures et services sanitaires et sociaux dans des entités de taille suffisante et dans lesquelles sont mis en adéquation le pouvoir de décider et la responsabilité économique devraient à terme répondre à ce problème. Cette évolution devrait trouver sa traduction dans une adaptation du code de la mutualité conduisant à développer davantage les dispositions du Livre III et à préciser les activités entrant dans le champ mutualiste ainsi que le cadre juridique de leur réalisation.

Le dernier point à évoquer est celui de l'administration provisoire.

Dans l'esprit du contrôle des mutuelles, que ce soit sous l'empire du code de 1985 comme dans les champs d'action de la CCMIP, de l'ACAM ou aujourd'hui de l'ACPR, la mise en cause des instances dirigeantes en cas de difficulté grave mettant en jeu la poursuite même de l'activité de l'organisme conduit à un plan de redressement et si nécessaire à la nomination d'un administrateur provisoire. Cette dimension du problème est importante, car en dehors du fait que les mutuelles, sociétés de personnes tiennent à leur autonomie, il existe peu de situations où une autorité, autre que l'autorité judiciaire, se substitue à l'instance dirigeante élue d'une personne morale de droit privé.

Faut-il aller alors sans discussion envisager de permettre à la FNMF de désigner, en cas de carence grave d'un groupement, un véritable administrateur provisoire ?

Il semble à la mission qu'un tel pouvoir diffère des décisions fortes vis-à-vis des groupements mutualistes que pourrait exercer la FNMF dans le cadre de son système de prévention des risques : alerte, lettre d'observation, recommandations...

La mission a étudié les pouvoirs propres aux fédérations sportives. Celles-ci sont en effet dotées de pouvoirs de sanction, plus exactement de sanctions disciplinaires dès lors qu'elles adoptent des statuts types « *comportant certaines dispositions obligatoires et un règlement disciplinaire conforme à un règlement type* » article L131-8 du code du sport.

Mais si les fédérations sportives bénéficient de ce type de prérogatives c'est d'abord parce qu'elles organisent des compétitions qui requièrent un agrément délivré par le ministre chargé des sports en vue de l'exécution d'une mission de service public. La contrepartie de cet agrément est le pouvoir de tutelle de l'Etat sur les fédérations sportives.

Dans ces conditions, seul un agrément spécial de la FNMF qui, sur le modèle des fédérations sportives, se verrait doter de pouvoirs de sanction à l'encontre des groupements défaillants pourrait valablement donner à la FNMF le pouvoir de nommer de manière administrative des administrateurs provisoires.

3.2 La mise en place de procédures de contrôle externe sur l'ensemble du champ du Livre III mérite d'être examinée sur le plan juridique

3.2.1 Le produit d'une histoire

Il faut tout d'abord rappeler que les multiples réformes du code de la mutualité ont conduit à modifier, à la demande notamment de la mutualité, les formes de contrôles que les autorités administratives exerçaient sur les mutuelles quel que soit leur statut.

Dans le cadre du code de la mutualité de 1985, l'Etat exerçait un contrôle décentralisé des mutuelles par l'intermédiaire des DRASS. Ce contrôle minimum intégrait un contrôle de légalité et un pouvoir d'information sur les comptes ; il autorisait, en cas d'alerte, l'autorité administrative à désigner un administrateur provisoire.

Après la mise en place de la loi Evin en 1989, le législateur a confié le contrôle des mutuelles à une autorité administrative indépendante : la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance (de statut analogue à la commission de contrôle des assurances) qui délégua, pour les plus petites mutuelles, le contrôle des mutuelles aux DRASS tout en conservant ses pouvoirs de sanction.

La transposition aux mutuelles des directives d'assurances en 2001 a conduit à l'unification des contrôles sous l'égide de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles⁴⁷, le contrôle des mutuelles du Livre III relevant des DRASS.

Enfin, en 2010, à la création de l'Autorité de contrôle prudentiel,⁴⁸ tous les textes existants ont été supprimés : L'ordonnance n°2010-76 du 21 janvier 2010 portant fusion des autorités de contrôle de la banque et de l'assurance, a en effet abrogé les articles L.510 -1-1 à L.510-15 du code de la mutualité qui organisaient le contrôle des mutuelles. L'obligation de tenir un registre national des mutuelles a disparu et même la procédure d'immatriculation a été profondément modifiée.⁴⁹

⁴⁷ Contrôle exercé conjointement par les DRASS et l'ACAM. Un programme de remontée d'informations des mutuelles du champ de compétence des DRASS a d'ailleurs été mis en place en 2007 puis abandonné pour des raisons de contingence. Aucun texte n'ayant avant 2010 modifié le champ de compétence des DRASS.

⁴⁸ Créée par l'ordonnance du 21 janvier 2010 et installée en mars 2010, l'ACP, devenue ACPR par la loi de séparation et de régulation des activités bancaires, est issue du rapprochement entre les autorités d'agrément (CEA -Comité des entreprises d'assurance- et CECEI -Comité des établissements de crédit et des entreprises d'investissement-) et de contrôle (Commission bancaire et ACAM -Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles-)

⁴⁹ Antérieurement gérée de manière déconcentrée par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, l'immatriculation était prise en compte au niveau régional. Depuis son transfert au niveau national, au secrétariat du conseil supérieur de la mutualité, la nouvelle procédure d'immatriculation incombe au secrétariat général du CSM, qui assure la liaison avec l'INSEE pour le répertoire SIREN. Enfin l'article R-414-6 du code de la mutualité ayant été abrogé

3.2.2 La complexité de la rédaction actuelle de l'article L510 .1 du code de la mutualité

Avec la réforme de 2010 est apparu un article L.510-1 du code de la mutualité qui confie au ministre en charge de la mutualité le contrôle des mutuelles du Livre III :

« Pour l'exercice du contrôle des mutuelles et unions, mentionnées à [l'article L. 612-2 du code monétaire et financier](#), l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution exerce sa mission dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier.

Le ministre chargé de la mutualité exerce le contrôle des mutuelles et les unions régies par les dispositions du livre III ».

Un texte réglementaire antérieur subsiste qui confie la responsabilité de ce contrôle à la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC), sans précision particulière (article 2 de l'arrêté du 9 novembre 2009 portant création de la MNC).

Or cette rédaction, en apparence simple, se révèle difficile voire impossible à appliquer du fait de l'abrogation de toutes les dispositions antérieures qui rend sa portée limitée. Cette interprétation est celle de la mission juridique du Conseil d'Etat qui, saisie par la direction de la sécurité sociale, a considéré qu'en l'état le texte était insuffisant pour donner des pouvoirs de contrôle élargis à l'Etat, en l'occurrence la mission nationale de contrôle.⁵⁰ De fait l'habilitation législative est suffisante pour prendre des dispositions d'ordre réglementaires minimum destinées à tenir le ministre informé du fonctionnement et de l'activité des mutuelles du Livre III, mais insuffisante pour lui donner un quelconque pouvoir de sanction ou d'injonction. Seule une autre disposition législative pourrait donner un contenu de ce type au contrôle ; situation que l'on retrouve pour les pouvoirs de contrôle donnés à l'ACPR qui sont précisés par les articles L.612-1 à L.612-42 du code monétaire et financier.

La position des acteurs compétents est par ailleurs aussi dénuée d'ambiguïté sur les pré-requis nécessaires.

L'ACPR estime que son contrôle externe sur les mutuelles du Livre III n'a vocation à s'exercer que dans le cadre de la mise en œuvre des normes prudentielles et au titre du droit de suite.

La MNC est dimensionnée pour assurer le seul contrôle des organismes de sécurité sociale.

ACPR et MNC

Le contrôle de l'ACPR

« L'ACAM puis l'ACPR ont été vigilantes par rapport à la réalité de la séparation dans des entités juridiquement et financièrement distinctes des activités d'assurance et des autres activités. La partition est maintenant bien effective.

L'ACPR est fondée à intervenir sur le champ d'une LIII si des engagements d'une LII au bénéfice de cette dernière étaient constatés au-delà des capitaux libres et mettaient en cause le respect des normes de solvabilité par la LII. A noter que la notion de capitaux libres n'est définie par aucun texte.

par le décret n°2012-596 du 27 avril 2012 les documents comptables comme les modifications des statuts ne font plus l'objet d'une transmission à l'échelon national et restent donc internes à l'union considérée.

⁵⁰ Note en pièce jointe

L'ACPR a ainsi, au titre du « droit de suite » prévu par les textes, toute faculté de demander des données et de contrôler une LIII, incluse dans un groupe avec une ou des LII ou au titre de relations financières entre LII et LIII. Elle n'en a pas pour l'instant fait usage. La question ne s'est posée jusqu'à présent (au moment de la partition et dans des cas où on constatait des transferts à partir de comptes courants) que dans des situations de faillite.»

Le contrôle de la MNC⁵¹

« A la suite de la RGPP, la MNC a été créée. Son effectif est d'une centaine de personnes. Elle remplace 200 contrôleurs des DRASS qui appartenaient aux services de protection sociale.

Elle a 4 missions : audit des organismes de sécurité sociale, contrôle de la légalité des décisions de ces organismes, évaluation des cadres dirigeants (agrément, aspects disciplinaires), fonction de veille sur le service public de la sécurité sociale. Elle est dotée d'antennes interrégionales (85 personnes sur l'effectif total de 100). Elle a des compétences essentiellement juridiques et comptables.

Jusqu'à présent elle n'a exercé son contrôle que sur les organismes de sécurité sociale et n'a pas investi le champ des mutuelles, pour lequel ni la nature du contrôle à exercer, ni ses moyens n'ont été définis. »

3.2.3 Faut-il mettre en place un contrôle d'Etat pour les mutuelles du Livre III. ?

Le retour d'un contrôle de l'Etat sur les mutuelles du Livre III aurait pour intérêt de mettre un terme à l'incertitude juridique consécutive à la réforme de 2010.

Dans cet esprit la direction de la sécurité sociale a envisagé une réforme réglementaire limitée à l'utilisation régulière des fonds attribués aux mutuelles par le Fonds national de solidarité et d'actions mutualistes décrit plus haut. Cette proposition de contrôle restreint s'explique par le fait que la mutualité n'est pas à priori favorable à un contrôle d'Etat sur les groupements mutualistes à l'image des dispositions antérieures, qu'il faut tenir compte de la faiblesse des moyens disponibles et du fait qu'un contrôle externe des groupements mutualistes gestionnaires de SSAM est d'autant moins crucial que les établissements et services relèvent du droit commun applicable à leur activité⁵²:

Mais cette proposition présente des inconvénients :

- Conformément à l'interprétation de la mission juridique du Conseil d'Etat, elle est peu compatible avec la rédaction actuelle de l'article L.510-1 du code de la mutualité;
- Toute sanction qui porterait par exemple sur un remboursement des subventions versées en cas d'irrégularité grave devrait être fondée sur un texte spécial.

⁵¹ Mission Nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale, dont les compétences pour l'exercice des dispositions de l'article L 151-1 du code de la sécurité sociale sont fixées à l'article R 155-1 de ce code.

- ⁵² voir l'annexe 8 sur les contrôles exercés par les ARS

Existe-t- il une alternative ? Il faudrait alors que l'Etat considère, nonobstant les réticences mentionnées plus haut, qu'il convient de mettre en place un véritable contrôle des mutuelles du Livre III. Qu'il reconstruise alors par la voie législative un cadre propre proche de celui qui préexistait. Qu'il dispose d'un système d'informations renouvelé alors qu'il n'existe plus de base de ce type. Qu'il en définisse les contours, qu'il désigne les services en charge de ce contrôle et les dote des outils nécessaires, y compris les pouvoirs de sanction administrative comme ceux consistant à nommer un administrateur provisoire. On peut raisonnablement douter de la validité d'une telle démarche d'autant plus que les adhérents de groupements mutualistes du Livre III sont d'autres mutuelles et ne sont pas, sauf exception rarissime, des personnes physiques ; situation qui explique d'ailleurs le choix du ministre de la mutualité pour exercer ce contrôle en l'occurrence alors que le contrôle des mutuelles du Livre II est organisé dans l'intérêt des adhérents selon la formule de l'article L.612 - 1 du code monétaire et financier ⁵³.

La mission considère en conséquence souhaitable d'abroger les dispositions de l'article L.510-1 confiant au ministre chargé de la mutualité le contrôle des mutuelles du Livre III ainsi que le texte réglementaire en confiant la mise en œuvre à la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale. Le maintien de cet article fait en effet courir le risque de voir la responsabilité de l'Etat engagée pour défaut de contrôle. Situation qui s'est déjà produite pour l'absence de contrôle du CREF.⁵⁴ La discussion du projet de loi sur l'économie solidaire dont l'architecture est présentée en annexe 9 constituerait un support possible pour cette disposition.

Recommandation n°10 : Abroger les dispositions de l'article L.510-1 confiant au ministre chargé de la mutualité le contrôle des mutuelles du livre III ainsi que le texte réglementaire en attribuant la mise en œuvre à la MNC.

Anne-Marie BROCAS

Michel DURAFFOURG

Jean-Paul SEGADE

⁵³Article L.612-1 : « L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, autorité administrative indépendante, veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des personnes soumises à son contrôle. »

⁵⁴Arrêts de la CAA de Paris du 14 juin 2010 et du conseil d'Etat du 16 mars 2012

LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Revoir le fonctionnement du FNSAM afin de privilégier les prêts	Ministre	2014
2	Rendre obligatoire pour les unions et les mutuelles relevant du Livre III les plus importantes un contrôle interne	Ministre	2014
3	Rendre obligatoire la mise en place de comités d'audit dans les mutuelles du Livre III les plus importantes et la participation à un dispositif d'analyse des comptes	Ministre	2014
4	Compléter par la mise en place d'outils de gestion des services gérés l'objet social des mutuelles du Livre III	Ministre FNMF	2014
5	Utiliser l'expertise des réseaux métier à l'appui d'une démarche transversale d'amélioration de la gestion et de la qualité	FNMF	2014
6	Mettre en place des instances de gestion pour les établissements de santé les plus importants	FNMF	2014
7	Recenser avec précision les LIII	FNMF	2014
8	Rendre obligatoire pour les principaux groupements adhérents à la FNMF la transmission de comptes détaillés par secteur d'activité et par établissement avant le 30 juin de l'année au titre de l'année précédente.	FNMF	2014
9	Réviser les missions de la FNMF afin de lui confier une mission d'impulsion et de coordination des outils de gestion des risques dans le cadre d'un système fédéral de surveillance	Ministre	2015
10	Abroger les dispositions de l'article L.510-1 confiant au ministre chargé de la solidarité le contrôle des mutuelles du Livre III et la disposition réglementaire en attribuant la mise en œuvre à la MNC.	Ministre	2014

LETTRE DE MISSION



Inspection Générale Des Affaires Sociales
19 MARS 2013
N° 163

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

CAB/MT/AD/mercure : D.13-2283

Paris, le 19 MAR. 2013

La ministre des Affaires sociales
et de la Santé

à

Monsieur le chef de l'inspection
générale des affaires sociales

Objet : Mission d'évaluation du secteur des mutuelles du livre III

La réforme de 2001 destinée à garantir la mise en conformité avec le droit communautaire a conduit à distinguer, au sein du code de la mutualité, les organismes pratiquant des opérations d'assurance (mutuelles de livre II) et ceux assumant la gestion d'œuvres sanitaires et sociales (mutuelles de livre III).

Les mutuelles du livre III représentent dans certains territoires un acteur important de l'offre de soins, présentant des caractéristiques variées tant par leur activité, leur taille que leur mode de gestion et d'organisation. La connaissance et le suivi de ce mode d'intervention spécifique restent toutefois à approfondir.

Ce secteur se révèle aujourd'hui confronté à des difficultés financières parfois importantes, qui mettent dans certains cas en jeu la survie de ces organismes. Ces difficultés sont souvent détectées trop tardivement et appellent alors des interventions en urgence tant de la part du secteur mutualiste que des pouvoirs publics.

Ces difficultés ont été révélées au moment de la séparation juridique des activités issue de la loi de 2001 ainsi que dans un modèle économique parfois fragile pour certaines activités. Plus généralement, elles révèlent une détection et une prévention insuffisantes des situations de risque financier. Certains organismes ne sont aujourd'hui pas suffisamment bien outillés pour mettre en œuvre une véritable maîtrise du risque financier : outils d'analyse et de contrôle interne, gouvernance de gestion, organisation de la détection des situations à risque. L'entrée en fiscalité des activités des mutuelles de livre III pourrait aggraver ces difficultés.

Des initiatives ont déjà été prises par le secteur mutualiste pour accompagner la modernisation de la gestion de ces établissements. La Fédération nationale de la mutualité française a ainsi engagé des travaux pour développer une politique de prévention des risques.

C'est pourquoi je souhaite que l'Inspection générale des affaires sociales effectue une mission d'évaluation sur ce secteur.

Dans un premier lieu la mission analysera en particulier l'apport spécifique des services sociaux et sanitaires mutualistes en matière d'accès aux soins et leur place dans le maillage du territoire dans le cadre des schémas régionaux. Elle identifiera les difficultés structurelles auxquelles sont confrontées ces mutuelles en dressant un panorama des mutuelles du livre III, de leurs activités, de leurs fragilités et de leur organisation.

Il s'agit en second lieu d'identifier les facteurs qui permettront de favoriser une bonne maîtrise des risques internes : modèle économique, outils d'analyse et de contrôle interne, adaptation de la gouvernance et du cadre juridique institutionnel aux nouveaux enjeux que rencontrent ces structures.

La mission pourra formuler, à cet égard, toute proposition permettant d'améliorer la prévention et l'anticipation des difficultés financières, dans le respect de l'autonomie de gestion. Elle présentera des scénarios d'évolution permettant de renforcer leur capacité financière et pourra identifier les moyens de développer des modes d'animation et de pilotage au niveau national.

Il s'agit enfin d'évaluer les conditions de suivi de ces structures au niveau national, tant en termes de détection des situations de risque que de contrôle externe, du point de vue des acteurs mutualistes que de celui des pouvoirs publics. A cet égard, les engagements pris par les mutuelles du livre II constituent un point de vigilance, alors que la récente réforme du secteur assurantiel a acté la fin du contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel sur les mutuelles de livre III.

Je vous saurais gré de bien vouloir me faire part des résultats de votre mission dans un délai de quatre mois.



Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé

Agathe DENECHERE conseillère

Cabinet du ministre de l'économie sociale et solidaire et de la consommation

Thomas BOISSON conseiller chargé du financement et de la fiscalité

Catherine JOLY directrice adjointe de cabinet

Jérôme SADDIER conseiller spécial

Direction de la sécurité sociale

Thomas FATOME directeur

Brice LEPETIT chef du bureau des régimes professionnels de retraite et des institutions de protection sociale complémentaire

Jérôme CHARASSE chargé de la mutualité au bureau des régimes complémentaires de retraite et des institutions de protection sociale complémentaire

Olivier SELMATI chef de la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité Sociale

Denis SOULATGES Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité Sociale

Direction générale de l'offre de soins

Jean DEBEAUPUIS directeur général

Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques

Franck VON LENNEP directeur

Etienne DEBAUCHE chef du bureau handicap et dépendance

Yara MAKDESSI-RAYNAUD chef du pôle dépendance

Denis RAYNAUD adjoint de la sous directrice de l'observation de la santé et de L'assurance maladie

Enghin YILMAZ chef du pôle d'études sur les établissements de santé

Catherine ZAIDMAN sous-directrice, sous direction des synthèses et des études économiques d'ensemble

Direction générale de la cohésion sociale

Katia JULIENNE adjointe à la directrice générale

ARS PACA

Paul CASTEL directeur général

ARS Ile de France

Pierre OUANHNON directeur du pôle ambulatoire et services aux professionnels de santé

Christine SCHIBLER directrice adjointe du pôle établissements de santé

Dr Béatrice SEVADJIAN, chef de service des centres de santé

ARS Pays de la Loire

Marie Sophie DESAULLE directrice générale

ARS Rhône-Alpes

Christophe Jaquinet directeur général (entretien téléphonique)

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Régulation

Paul COULOMB directeur 1^{ère} direction du contrôle des assurances

Fabrice PESIN secrétaire général adjoint

Caisse nationale d'assurance maladie

Frédéric VAN ROEKEGHEM directeur général

Michèle CARZON directrice du groupe UGECAM

Jocelyn COURTOIS département veille et stratégie

Gonzague DEBEUGNY chef du département études sur l'offre de soins

Claude GISSOT directeur de la stratégie des études et des statistiques

Arnaud GOLLANDEAU chargé d'études d'économie de la santé

Mathilde LIGNOT-LELOUP directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Anne MOUDEL-SEILLER directrice adjointe du groupe UGECAM

Pierre PEIX directeur de la contractualisation et des moyens

Dominique POLTON

Fédération hospitalière de France

Guy COLLET représentant le délégué de la FHF

FEHAP

David CAUSSE directeur du secteur sanitaire.

Yves-Jean DUPUIS directeur général

Fédération nationale de la mutualité française

Etienne CANIARD président

Roland BERTHILIER secrétaire général

Agnès BOCCOGNANO directrice santé

Philippe BRAGHINI directeur délégué

Jean Martin COHEN SOLAL délégué général

Jean-Philippe DIGUET directeur adjoint direction des relations avec les mutuelles

Sylvie GUERIN direction santé, responsable du pôle SSAM et nouvelles offres de santé

Yannick LUCAS directeur adjoint chef de projet.

Emmanuel ROUX directeur général

Comité de coordination des SSAM

Daniel HAVIS vice président délégué, président directeur général de la MATMUT

Groupement hospitalier de la mutualité française

Maurice RONAT vice-président délégué

Michel COUHERT directeur

Visaudio

Christian PY président

Kulmie SAMANTAR, directeur général délégué

Réseau des centres de santé mutualistes

Jean Marc LECONTE directeur de la branche dentaire

Jean-Paul PANZANI président

Union Nationale des pharmacies mutualistes

Franck BONICHON président

Généralistes Mutualistes

Michelle DANGE présidente

Guénaëlle HAUMESSER directrice du réseau

Fédération des Mutuelles de France

Jean-Paul BENOIT président

Laurent EVEILLARD directeur général

ADREA mutuelle

Patrick BROTHIER Président

Joël BEUGIN directeur général mutualité française du Doubs

EOVI Mutuelle

Maurice RONAT président, président de la Fédération nationale des mutuelles interprofessionnelles

Harmonie Services Mutualistes

Philippe COTTA directeur général

Joseph DENIAUD président d'Harmonie mutuelle

Stéphanie JUNIQUE président

MGEN

Eric CHENUT vice-président, délégué national au développement de l'offre sanitaire et médico-sociale

Marc TRANCHAT, délégué national chargé de la politique des ressources humaines et fonctions publiques, trésorier de l'union des groupements des employeurs mutualistes.

Institut mutualiste de Montsouris

Jean Michel GAYRAUD directeur

Mutuelle nationale des Hospitaliers

Gérard VUIDEPOT président

Union territoriale Mutualité Ile de France

André GEFFARD président

Personnalités qualifiées

Daniel LENOIR, ancien directeur général de l'ARS Nord Pas-de Calais et ancien directeur général de la Mutualité Fonction Publique

Marc ZAMICHIEI ancien conseiller du directeur général de la FNMF, chargé de la stratégie pour les SSAM.

Commissaires aux comptes

Philippe GUAY cabinet Deloitte

Yannick OLLIVIER cabinet Fiteco

Expert Comptable

Philippe BORGAT, expert près de la Cour d'appel de Paris, membre du comité consultatif de l'Autorité des normes comptables

ANNEXE 1: L'OPTIQUE ET LES AUDIOPROTHESES

Les deux secteurs étant complémentaires ils font l'objet d'une fiche identique.

L'optique

➤ Le marché de l'optique

Avec 11 000 points de vente et un marché de près de 5,7 milliards d'euros, le secteur de l'optique constitue une activité commerciale ayant atteint sa maturité à l'exception de la chirurgie réfractive. Sa restructuration, liée à la pénétration des discounteurs, va conduire le réseau mutualiste à adopter une logique de conventionnement de réseau agréé sur la base d'un cahier des charges et d'une taille critique.

➤ L'offre mutualiste

La mutualité regroupe 700 points de vente, et constitue la 4^e enseigne française avec un chiffre d'affaires de 565 Millions soit 10% du marché. A elle seule l'optique représente 19% du chiffre d'affaires des SSAM.

Ses résultats financiers positifs devraient connaître une baisse liée à la stratégie d'intégration des verriers et à la fiscalisation de ses résultats. Son incidence est estimée à 30% des excédents bruts d'exploitation pour la mutualité.

Le modèle de l'optique repose sur une double stratégie:

Pour les mutuelles du livre II, l'optique représente un risque majeur par le poids des prestations versées estimées à 12% de leurs dépenses, et le désengagement de l'assurance maladie. La stratégie de maîtrise des remboursements pour les mutuelles du livre II repose désormais sur un modèle de conventionnement d'un réseau agréé respectant un cahier des charges tarifaires.

Pour les mutuelles du livre III, l'optique est un secteur maîtrisé avec un modèle consolidé dégageant un taux de marge de 7% et participant au réseau voulu par les mutuelles d'assurance santé.

L'audioprothèse

➤ Le marché de l'audioprothèse

Le marché de l'audioprothèse bien que limité connaît un fort développement

Depuis 2002 le taux moyen de progression des ventes des appareils est de 6,74% en moyenne avec près de 500 000 appareils vendus par an.

Le marché d'appareillage auditif représente 800 Millions de CA annuel.

Avec 3400 points de vente et 2625 audioprothésistes⁵⁵ le marché se partage entre les indépendants pour 63% des centres, les succursalistes regroupés en deux groupes⁵⁶ avec 27% du marché et les centres mutualistes pour 10%.

Ce secteur est caractérisé par une faible participation de l'assurance maladie de l'ordre de 10% pour un adulte⁵⁷ et donc un reste à charge net élevé pour les patients, les complémentaires remboursant environ 30%. Ces données financières expliquent l'intervention de la mutualité dans la mise en place de réseaux et la création de services propres.

➤ L'offre mutualiste

Le réseau mutualiste fort de 340 points de vente reste limité à 10% du marché. Doté d'une centrale d'achats, ses tarifs sont, selon la même étude, de 15% inférieurs à la moyenne du marché.⁵⁸

L'audio est un secteur en émergence avec des innovations technologiques fortes qui amplifient la croissance de cette activité. Le réseau mutualiste se positionne en force dans la même logique de réseau agréé que l'optique.

Le modèle de l'audioprothèse est plus récent et ne connaît pas, encore, la concurrence de l'optique avec une double incidence:

Les mutuelles du livre II voient dans ce secteur encore marginal dans son coût (1,5%° des dépenses de prestations) un moyen de différenciation et d'accompagnement de ses assurés dans la prise en charge d'une activité onéreuse avec une participation moyenne des Ocam de 920 euros, le reste à charge net moyen de l'assuré étant estimé à 1820 euros.⁵⁹

Les mutuelles du livre III voient dans cette activité un complément des centres d'optique à un coût marginal faible avec deux points positifs : un taux de rentabilité élevé de 6% et une activité qui a tendance à se développer.

Si leur place et leur activité ne sont pas comparables, elles participent d'une même stratégie.

La stratégie mutualiste

Les deux activités s'inscrivent désormais dans le même modèle d'un réseau agréé et donc d'un conventionnement avec un vrai enjeu de maîtrise des coûts. Elles sont fédérées dans le même réseau gestionnaire VISAUDIO.

A elles deux, ces activités représentent près de 1000 SSAM et réalisent 23% du chiffre d'affaires des SSAM. Elles participent à l'équilibre des mutuelles du Livre III en dégagant des marges au profit des activités déficitaires.

La spécificité en question

Ces deux activités s'inscrivent comme une réponse des mutuelles du Livre II au désengagement de l'assurance maladie en apportant une offre par l'intermédiaire des mutuelles du Livre III.

⁵⁵ Données du syndicat national des audioprothésistes au 31 mai 2013.

⁵⁶ Audika et Amplifon

⁵⁷ Rapport de la Cour des comptes septembre 2013 : Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale chapitre XIV: la prise en charge par les organismes de protection sociale de l'optique correctrice et des audioprothèses.

⁵⁸ Panorama du secteur de l'audioprothèses en France 31 mai 2013 syndicat national des audioprothésistes.

⁵⁹ Dress n° 789 février 2012 Etudes et résultats : les contrats les plus souscrits auprès des assurances complémentaires dans le domaine de la santé

A ce titre le dernier rapport de la Cour des comptes⁶⁰ relevait l'apport positif de la mutualité pour les assurés qui bénéficient du tiers payant et d'une limitation des restes à charge, l'écart entre le prix du marché constaté et le secteur mutualiste étant de 20% pour l'optique et entre 10 et 15% pour l'audioprothèse.

Il faut noter que le rapport de l'IGAS et de l'IGF sur la maîtrise de l'Ondam⁶¹ insistait sur la constitution des réseaux comme moyen de régulation des tarifs et de réduction des restes à charge.

Le rapport recommandait par ailleurs de : « *modifier le code de la mutualité qui ne permet pas aujourd'hui de pratiquer des remboursements différenciés selon que leurs affiliés s'adressent ou non aux professionnels recommandés, alors que les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance le peuvent* »

Cet élément est à l'origine d'un débat juridique qui a trouvé sa réponse dans une proposition législative la loi relative aux réseaux de soins et complémentaires santé.

La loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 permet désormais aux mutuelles de moduler le taux de remboursement lorsque leurs affiliés consultent un professionnel de santé adhérent à leur réseau de soins⁶².

La loi comporte trois articles :

L'article premier modifie l'article L.112-1 du code de la mutualité et autorise les mutuelles, comme le peuvent déjà les assurances et instituts de prévoyance, à instaurer des différences dans le niveau des prestations quand l'assuré "choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé" avec lequel sa complémentaire a conclu une convention.

L'article 2 crée un cadre pour ces conventions, qui concernent tous les organismes complémentaires et sont définies dans un nouvel article du code de la sécurité sociale (numéroté L.863-8). Il dispose que les organismes complémentaires "peuvent, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, conclure avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix".

L'article 3 prévoit pour une période de trois ans un bilan et une évaluation du dispositif

⁶⁰ Rapport annuel PLFSS 2013

⁶¹ Rapport IGAS-IGF de Juin 2012 sur la maîtrise de l'ONDAM

⁶² Article L.112-1 du code de la mutualité.

ANNEXE 2: LES PHARMACIES MUTUALISTES

Les pharmacies mutualistes sont historiquement les premiers services de soins et d'accompagnement mutualistes. Elles ont été créées par les sociétés de secours mutuels⁶³ pour favoriser l'accès aux soins de leurs adhérents en limitant le reste à charge sur les médicaments prescrits. Les pharmacies mutualistes sont à l'origine de la mise en place et du développement du tiers payant, démontrant la capacité d'innovation du secteur mutualiste dans un secteur historiquement très libéral. Elles sont depuis la loi HPST parties intégrantes du parcours de soins de premier recours en valorisant la qualité de l'exercice pharmaceutique et les missions de conseil et d'accompagnement dévolues au pharmacien⁶⁴

La place de la mutualité

En 2012, l'Union Nationale des pharmacies Mutualistes (UNPM) regroupait 60 pharmacies gérées par 32 groupements mutualistes relevant du livre III du code de la Mutualité. Elles représentent 5 % de l'activité des SSAM avec 59 structures recensées et réalise 0,3% du chiffre d'affaires des pharmacies d'officines selon les données de la FNMF⁶⁵.

Les pharmacies du réseau de l'UNPM comptent :

- 181 pharmaciens
- 270 préparateurs.
- 104 personnels divers.

Une enquête menée en avril 2013 par UNPM sur 39 pharmacies mutualistes faisait apparaître les données suivantes :

- 45% avaient un chiffre d'affaires compris entre 1,3 million et 2,6 millions d'euros avec une moyenne à 2,45 contre, 1,6 million en officine libérale.
- 32% sont en ouverture continue.
- 94% sont situées en zone urbaine.

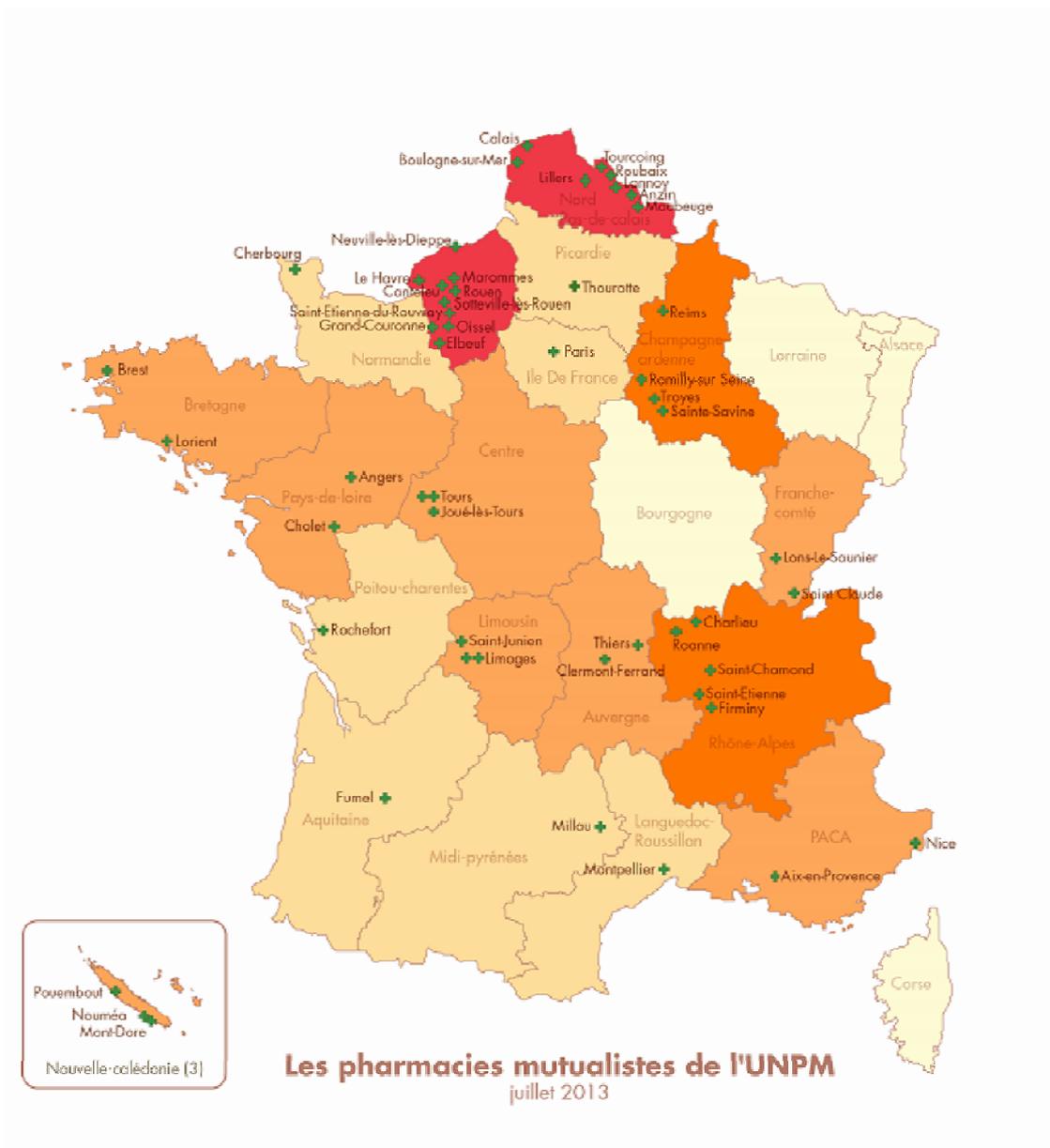
Le taux de parapharmacie est plus élevé (12%) que dans les officines libérales (9,1%) avec un pourcentage de médicaments sous TVA réduite de 2,1% à 71% contre 78% pour le libéral.

⁶³ La première a été créée en 1851 à Lyon

⁶⁴ Article L.5125-1-1A du Code de la santé publique.

⁶⁵ La France compte 22 534 officines pour 27594 pharmaciens titulaires.

Les pharmacies mutualistes sont réparties de manière inégale sur un axe Nord Pas de Calais Rhône Alpes :



La stratégie

Précurseur dans la mise en place et le développement du tiers payant, les pharmacies mutualistes s'affichent aujourd'hui plus particulièrement dans les actions de prévention des maladies chroniques telles que le diabète, la promotion des médicaments génériques ou encore la lutte contre les iatrogénies médicamenteuses.

S'agissant des missions de santé publique les pharmacies mutualistes souhaitent apparaître comme « *un maillon essentiel dans la chaîne de soins en tant qu'acteur de proximité au service des patients, acteur de confiance et de conseil dans le parcours de soins, acteur de la politique de santé et de la politique du médicament et des dispositifs médicaux.* »⁶⁶

⁶⁶ Entretien avec la FNMF

Les pharmacies mutualistes exercent les mêmes missions et obéissent aux mêmes règles de financement que les officines. En revanche, elles sont soumises à un régime dérogatoire s'agissant des modalités de création, de transfert, et de propriété : Ces dérogations portent principalement sur les points suivants:

- L'ouverture, l'acquisition, le transfert d'une pharmacie mutualiste sont subordonnés à une décision du ministre en charge de la santé après avis du conseil supérieur de la pharmacie et du conseil supérieur de la mutualité ;
- L'exclusion des règles de quorum ;
- L'exclusion du service de garde et d'urgence ;
- la dérogation au principe selon lequel le pharmacien est propriétaire de l'officine dont il est titulaire.

Cette particularité juridique ne reproduit pas une spécificité financière.

L'analyse⁶⁷ réalisée par l'observatoire économique des pharmacies mutualistes de l'UNPM démontre une similitude des ratios entre le secteur mutualiste et libéral, avec des ratios financiers comparables et un taux de substitution moyen de 81% contre 83 % pour le secteur libéral.

Les données différenciées sur le poids de la parapharmacie (12% pour le secteur mutualiste contre 9 %) et les différences des données comptables (chiffre d'affaire moyen) ne paraissent pas relever de différences significatives.

Au plan financier, les modalités de facturation et de remboursement des médicaments par les caisses prévues à l'article L.162-16 du Code de la sécurité sociale sont identiques quelque soit la nature de l'officine.

Les pharmacies mutualistes ne bénéficient plus d'un régime fiscal dérogatoire depuis l'instruction fiscale du 9 mars 2012. Sur le plan financier le taux de marge est similaire à celui des libéraux (29,7%).

La spécificité

➤ L'ouverture au public des pharmacies mutualistes

Les conditions particulières de fonctionnement des pharmacies mutualistes issues de l'article L5125-19 du Code de la santé publique limitent leur intervention aux seuls adhérents mutualistes.

Il en est même pour l'exclusion des pharmacies mutualistes des conventions de fourniture de médicaments en EHPAD et de la convention portant désignation du pharmacien référent (art. L5126-61 et L5125-1-1A CSP)⁶⁸.

➤ La participation des pharmacies mutualistes à l'organisation de l'offre de soins.

⁶⁷ Observatoire économique des pharmacies mutualistes UPNM Avril 2013

⁶⁸ : L'article L5126-61 du Code de la santé publique prévoit la mise en place, dans les EHPAD ne bénéficiant pas d'une pharmacie à usage intérieur (en interne ou dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire), d'une ou plusieurs conventions relatives à la fourniture de médicaments. Ce conventionnement doit se faire via l'utilisation d'une convention type définie par arrêté ministériel. Cette convention type non encore parue n'est applicable qu'aux pharmaciens titulaires d'officine. Or les pharmaciens mutualistes ne sont pas titulaires de l'officine mutualiste puisque celle-ci est la propriété de la société mutualiste ou de l'union de sociétés mutualistes en vertu de l'article L5125-19 du Code de la santé publique.

L'article L5125-22 du Code de la santé publique en excluant les pharmacies mutualistes du service de garde, sauf décision contraire prise par arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé les exclut également des relations conventionnelles relatives aux tours de garde.

- La participation de la pharmacie mutualiste à la convention nationale.

La convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine dite « convention pharmaceutique », signée le 4 avril 2012 entre l'UNCAM et trois syndicats de pharmaciens s'inscrit dans un cadre conventionnel nouveau qui ouvre la voie à une diversification des modes de rémunération du pharmacien d'officine en mettant en place un honoraire de dispensation et de modes de rémunération diversifiés en contrepartie d'engagements en matière de qualité.

A la demande de la mutualité, qui considérait cette exclusion comme inégalitaire et préjudiciable à l'équilibre financier de ses pharmacies, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 en son article 50 prévoit qu'un arrêté précisera, pour les pharmacies mutualistes et les pharmacies des sociétés de secours minières, les dispositions de la convention entre l'assurance maladie et les officines de pharmacies qui leur sont rendues applicables et dans quelles conditions particulières.

La transposition de la convention pharmaceutique du 4 avril 2012 aux pharmacies mutualistes constitue indirectement une réponse à la « non spécificité du secteur mutualiste ».

ANNEXE 3: FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE ET D'ACTION MUTUALISTE

Références

Créé par l'article L.421-1 du code de la mutualité, le fonds national de solidarité et d'actions mutualistes (FNSAM) a pour objet d'accorder des subventions ou des prêts aux mutuelles et unions du livre III.

Organisation

Le FNSAM est un fonds géré pour le compte de l'Etat par une commission spécialisée du Conseil supérieur de la mutualité (entièrement composée de mutualistes).

Le secrétariat est tenu par la direction de la sécurité sociale. Alimenté à l'origine par les livrets A en déshérence il dispose aujourd'hui de 90 millions d'euros en portefeuille auxquels s'ajoutent 79 millions d'euros d'encours de prêts. Il est aujourd'hui alimenté principalement par les bonis de liquidation des mutuelles et par les produits de ses placements. La gestion financière du Fonds est assurée par la Caisse des dépôts et consignation. L'objet des aides allouées est large : elles peuvent viser à développer des réalisations sanitaires et sociales présentant un caractère innovant, aussi bien qu'à améliorer le développement et les conditions d'exploitation des réalisations des mutuelles du Livre III.

Fonctionnement

La décision d'octroi de l'aide est prise par la commission visée à l'article R 411-3 du code de la mutualité au vu du dossier fourni par l'organisme, qui fait l'objet d'un filtrage par la FNMF. Les décisions sont prises après, le cas échéant, avis du directeur de l'ARS concernée⁶⁹. Cet avis est réputé rendu dans un délai de deux mois à compter de la saisine, mais compte tenu de la pratique de fonctionnement de la Commission l'ARS ne dispose pas de ce délai. Le secrétariat de la Commission ne dispose pas également de tous les éléments et du temps nécessaires pour jouer un rôle satisfaisant dans l'instruction des dossiers.

L'article R.421.1 du code de la mutualité impose que l'aide du Fonds ne représente pas plus de 50% du montant du projet, sauf s'il présente un caractère innovant ou d'intérêt général. Les projets présentés peuvent, par ailleurs, bénéficier de l'aide du Fonds fédéral (doté d'un crédit annuel de 25 millions) de la FNMF pour les mutuelles adhérentes de cette fédération.

Les aides accordées par le Fonds sont enfin soumises à la réglementation européenne sur les aides publiques. Cette réglementation autorise selon la règle du *de minimis* les aides n'excédant pas un plafond de 200 000 euros relevé à 500 000 euros sur une période de trois ans (toutes aides publiques confondues) ainsi que les compensations de service public bénéficiant à des services économiques d'intérêt général. Cette disposition s'applique pour les activités mutualistes qui tombent dans le champ de la concurrence, notamment l'optique ou les soins dentaires. L'exemption de notification concerne plus largement les soins hospitaliers de santé, le logement, les services sociaux.

La situation du FNSAM

Comme le montre le tableau ci-dessous, la valeur totale de ce fonds demeure élevée avec près de 170 millions dont 52% en valeur de portefeuille, les encours de prêts représentant en moyenne 84,7 millions dans la période étudiée (2009-2013).

Le montant des impayés progresse sensiblement et permet de relever des difficultés propres à certaines structures

⁶⁹ Cela supposera une modification de forme en substituant dans les textes concernés au terme Drass le terme d'ARS.

Tableau 30 : SITUATION DU FNSAM (en KE)

Dates	Total du fonds	Valeur en portefeuille	Encours des prêts	Impayés	Variation de trésorerie
30 octobre 2009	180 157	93 695	85 856	606	-21 781
31 octobre 2010	169 539	75 118	93 437	914	+15 355
30 novembre 2011	170 268	80 376	89 094	798	+ 43 067
30 novembre 2012	169 288	87 592	80 617	1 078	+10 284
30 septembre 2013	170 397	90 218	79 031	1 148	+21 289

Source : données de la CDC.

La situation financière du fonds reste équilibrée, la forte progression des impayés (+ 189% en 5 ans) doit être pondérée par son poids relatif (0,67%). Quatre unions représentent près de 95 % des impayés soit 998 000 euros.⁷⁰

La variation de trésorerie reste positive interrogeant sur l'absence de rémunération des sommes de ce fonds auprès de la CDC (voir supra). La valeur du portefeuille reste élevée et toujours supérieure à l'encours de prêts depuis deux années consécutives.

L'analyse des procès-verbaux sur 20 ans a été réalisée en deux temps⁷¹ en essayant de rechercher des lignes directrices d'une évolution ou à l'inverse d'une constance dans les décisions d'attribution des prêts ou subventions. Il en ressort les points suivants :

➤ **La période 1993-2000**

Sur la période 1993-2000 le nombre de dossier étudiés est de 254.

Tableau 31 : Engagements du FNSAM 1993-2000 en KF

ANNEE	Nombre de séances	Nombre de dossiers étudiés	Nombre de rejet ou report	Engagements	Montant des subventions allouées	Montant des prêts sans intérêt	Montants des prêts
1993	4	18	3	28 729	2 306	2 470	23 953
1994	3	39	10	21 954	4 682	10 780	6 492
1995	1	5	1	6 763		1 263	5 500
1996	4	54	7	183 400	45 400	32 200	105 800
1997	2	34	10	80 100	28 000	13 500	38 600
1998	2	29	13	48 300	7 100	6 800	34 400
1999	2	36	6	50 400	17 700	8 100	24 600
2000	2	39	11	167 580	24 780	7 700	135 100
TOTAL		254	60	587 226	129 968	82 813	374 445

Source : IGAS analyse des PV de la commission

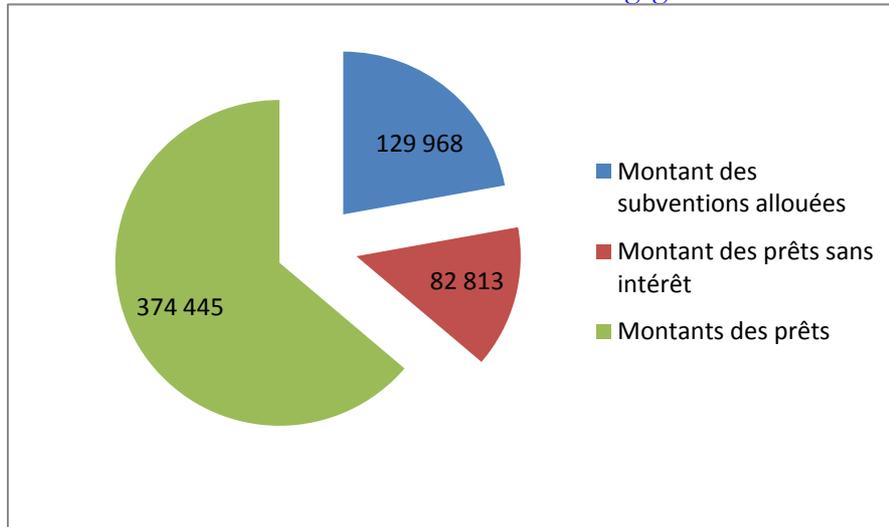
Sur ces 254 cas 60 demandes ont fait soit l'objet d'un report d'examen soit d'un rejet. Ceci montre que la commission a joué son rôle de filtre

⁷⁰ La mutualité des Ardennes, le grand conseil de la mutualité, Urgems et union mutualiste gestionnaire de la polyclinique des Minguettes pour 405KE

⁷¹ Sur la base des données en francs puis en euros

Le total des engagements a été de 587 millions de francs, les prêts y compris sans intérêt représentent 374 millions de francs soit 78% des engagements contre 130 millions de subventions.
 Le tableau ci-dessous distingue les prêts, les prêts sans intérêts et les subventions :

Schéma 1 : Montant en KF des engagements

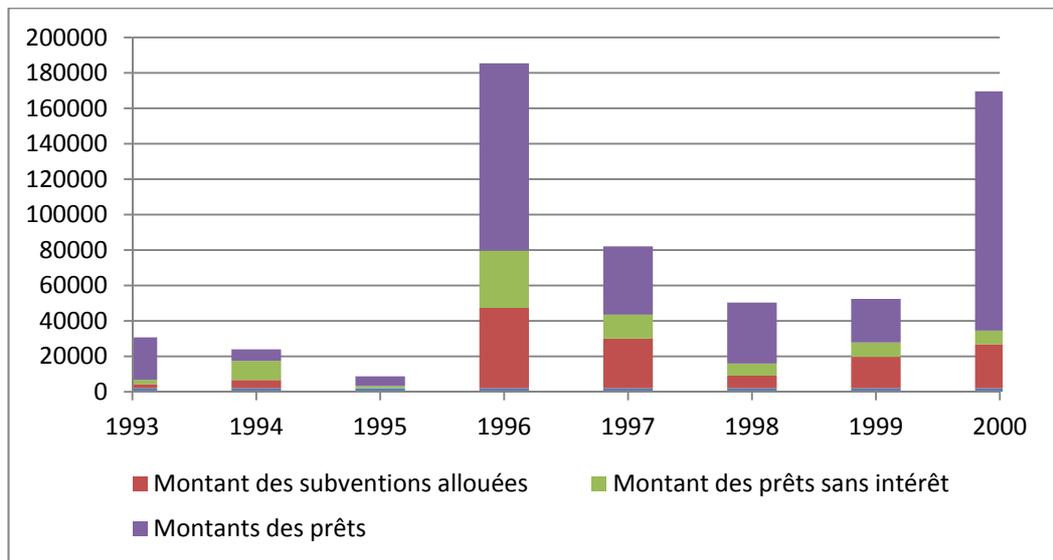


Source : Analyse des PV traitement IGAS

La part respective des prêts est de 63% à laquelle il faut ajouter les prêts sans intérêt pour 14% les subventions représentent 23% des financements.

Les variations d'une année sur l'autre sont **très importantes**. 1996 est ainsi une année particulière. Elle représente à elle seule 31% des engagements de la période considérée.

Graphique 1 : Evolution des engagements (en KF)



Source : Procès verbaux de la commission traitement Igas

Les dossiers importants pour l'exercice concerné, sont principalement hospitaliers et traduisent l'engagement de la FNMF dans la constitution d'une offre hospitalière mutualiste comme le montrent les exemples ci-dessous :

- Clinique mutualiste la Roussillonnaise à Perpignan : 9,9 MF
- Mutualité de la Loire : 15,9MF
- IMM pour une subvention de 37MF
- Union Mutualité Languedoc pour le rachat d'une clinique : 15MF
- Clinique de Pessac à Bordeaux pour 10 MF
- Construction d'un plateau technique de la clinique Beausoleil à Montpellier : 15MF

Globalement cette période est caractérisée par de fortes variations annuelles démontrant la nécessité de travailler sur une plus longue période .Elle est caractérisée par une répartition équilibrée entre les subventions et les prêts .L'émergence d'une stratégie hospitalière apparait clairement interrogeant sur le portage conjoint entre l'état et la mutualité dans le choix de cette stratégie.

La deuxième période étudiée apporte des éléments complémentaires

► La période 2001-2013

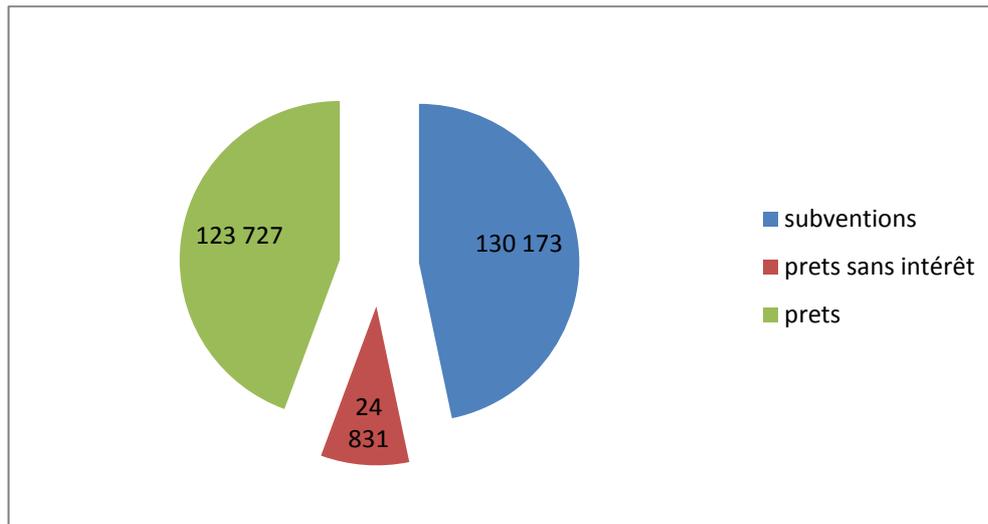
La période 2001-2013 est caractérisée par une année blanche 2011. Le montant des engagements est de 278 millions d'euros avec 124 millions de prêts, 25 millions de prêts sans intérêt et 130 millions de subventions. Soit un pourcentage de prêts de 53% dont 9% en prêts sans intérêt. La part des subventions est ici importante avec 47 % des engagements :

Tableau 32 : Engagements du FNSAM 2001-2013 en KE

ANNEE	Nombre de séances	Nombre de dossiers	Nombre de rejet ou report	Engagements	Montant des subventions allouées	Montant des prêts sans intérêt	Montant des prêts
2001	1	24	2	10 570	700	600	9 270
2002	2	26	4	16 800	3 000	7 900	5 900
2003	1	26	3	21 105	1 715	1 534	17 856
2004	4	41	2	16 391	1555	3 782	11 054
2005	3	51	7	6 895	1810	1 283	3 802
2006	4	52	4	34 335	19 054	353	14 928
2007	2	43	1	87 934	69 692	4 547	13 695
2008	3	17	3	7 724	3 067	737	3 920
2009	1	34	8	29 668	16 262	892	12 514
2010	2	33	9	6 581	820	1 261	4 500
2011							
2012	1	11	1	11 752	6 326	1 942	3 484
2013	1	13	2	28 976	6 172		22 804
TOTAL				278 731	130 173	24831	123 727

Source : IGAS analyse des PV de la commission

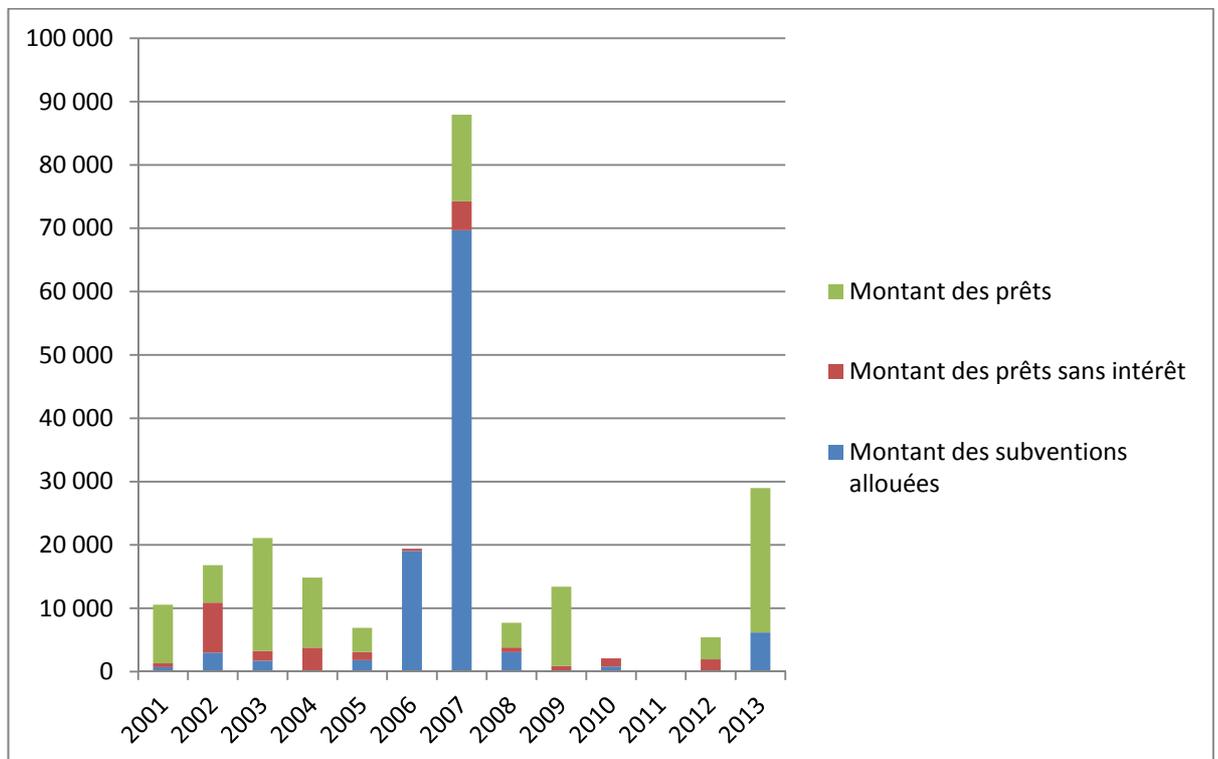
Graphique 2 : Montant en KE des engagements pendant la période 2001-2013



Source : Procès verbaux de la commission, traitement Igas

Comme le montre le tableau ci-dessous le montant varie fortement d'une année sur l'autre: L'année 2007 représente à elle seule plus de 30% des engagements 2001-2013 et 3,7 fois la moyenne annuelle constatée.

Graphique 3 : - Analyse annuelle des engagements du FNMS en KE



Source : procès-verbal de la commission chargé du FNMS

Les forts engagements de la période considérée concernent principalement des investissements hospitaliers : Ainsi lors de la séance du 13 décembre 2001 quatre opérations représentent plus de 7 millions d'euros d'engagements pour la :

- restructuration d'une maison de retraite dans la Haute Vienne (1,5 million)
- réhabilitation d'un centre de rééducation dans le Morbihan (2,4 millions)
- construction d'un espace santé en Charente (1,5 million)
- aménagement d'une clinique dans les Pyrénées Orientales (1,7 million).

Dans la dernière séance du 19 décembre 2007⁷² qui représente à elle seule près de 60 millions d'euros d'engagements 8 opérations dépassent les trois millions d'euros de participation du fonds. La plus importante concerne la clinique de la sagesse en Ile et Vilaine pour une subvention de 9 millions d'euros.

Ces opérations portent sur des aides à des investissements dans des établissements de santé ou d'hébergement de personnes âgées. Elles sont le reflet d'une stratégie mutualiste de consolidation d'une offre hospitalière portée par le fonds, et avec l'approbation tacite de l'Etat.

Le bilan

Globalement les sommes engagées ne sont pas négligeables. Sur les deux périodes étudiées 1993-2000 et 2001 -2013⁷³, le montant des engagements reste élevé avec une moyenne pour la première de 11 millions d'euros et de 21 millions pour la seconde, sachant que la deuxième connaît une année blanche (2011).

La deuxième période connaît une accélération des montants, la moyenne annuelle des années 2001 -2013 étant le double de la période précédente.

La **tendance à octroyer des subventions est très nette** dans la deuxième période. Le taux de subvention s'élève à 47 % contre 22% dans la première. L'année 2007 est atypique avec un taux de subvention des engagements de 79% sur un montant total des engagements de près de 88 millions d'euros.

En revanche, la dernière campagne 2013 marque un infléchissement avec un pourcentage de prêts sur engagements de 79% pour un montant de 29 millions. Par ailleurs la transformation des prêts en subventions ou l'aménagement de prêts sont décidés **sans que les comptes rendus de la réunion en motivent les raisons**. L'attribution de subventions contribue à réduire le niveau des fonds disponibles, handicapant l'avenir même du fonds qui n'est plus alimenté depuis la loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008 par les fonds issus des livrets A en déshérence.

Les domaines d'intervention sont divers. Ils concernent aussi bien des manifestations sportives⁷⁴, des participations à des campagnes nationales ou l'aide à des investissements.

Le financement des investissements pour les centres optiques, dentaires apparaissent en nombre. En valeur les aides aux établissements hospitaliers et aux établissements médicaux sociaux représentent des montants plus élevés.

Deux années 2006 et 2007 représentent à elles seules 43% des engagements 2001 -2013 et 67% des subventions. Elles reflètent la stratégie offensive de la mutualité dans le secteur hospitalier à cette période.

La doctrine de la commission semble très fluctuante. Elle traduit un manque de transparence que la sous-direction de la sécurité sociale relevait dans sa note du 20 août 2012 ;⁷⁵ Dans la même séance font l'objet de subventions, de prêts sans intérêt ou de prêts des opérations similaires sans motivation particulière. La lecture des comptes rendus de séances n'apporte pas les éléments nécessaires pour appréhender les motivations de la décision.

Il semble par ailleurs que les demandes de subventions pour des projets d'investissement ou actions sont accordées à des mutuelles en difficultés financières sans qu'il ait été procédé à une analyse approfondie de l'urgence de la situation. C'est le cas observé pour la mutualité du Rhône pour la clinique de Décines, pour le Grand conseil⁷⁶ de la mutualité des Bouches du Rhône ou pour la mutualité du Var concernant la clinique Malatric.

⁷² Alors que la séance du 26 avril près de 30 millions

⁷³ Le choix de ces deux périodes est arbitraire, la première étant en francs, la deuxième en euros, sachant que l'analyse a porté sur les tendances.

⁷⁴ Comme la course en solitaire qui a bénéficié entre 1996 et 2002 d'un montant de subventions de 1,7 Millions d'euros dont la moitié a été restituée faute de dépenses constatées

⁷⁵ note D-2012-4274

⁷⁶ Ainsi le Grand Conseil de la Mutualité apparait successivement en 2002, 2007 et 2009 pour un montant total de 2,7 Millions d'euros de subventions et de 1,5 M de prêts (Séances du 15 mai 2002, 19 décembre 2007 et 23 novembre 2009).

Le suivi des opérations soulève enfin des interrogations notamment quand les ARS concernées reconnaissent qu'elles ne sont pas informées de la suite des demandes au FNSAM

Au global l'analyse de la gestion du fonds soulève les points suivants :

- Les décisions ne sont pas suffisamment motivées;
- Les règles du jeu qui conduisent à privilégier des subventions par rapport à des prêts ne sont pas préalablement définies;
- Les financements octroyés ne font pas l'objet d'une analyse de la capacité de remboursement des mutuelles pour les prêts ou de leur situation de trésorerie pour les subventions
- Le suivi des opérations n'est pas assuré. Les ARS ne sont pas informées des dossiers sur lesquels elles ont donné un avis.
- L'absence de cadre contractuel dans ces procédures et notamment d'un cahier des charges à respecter pour le bénéficiaire et d'une évaluation ne permettent pas de s'assurer de la bonne destination des fonds.

La direction de la sécurité sociale a préparé un projet de décret actuellement soumis au Conseil d'état visant à adapter les dispositions du code de la mutualité relatives au fonctionnement du FNSAM⁷⁷. Les principaux objectifs de ce texte sont présentés ci-dessous :

Améliorer la qualité et la transparence de l'instruction des dossiers en imposant un formalisme et une procédure sur la base d'un modèle de dossier arrêté par le ministre en charge de la mutualité. (Il faudrait surtout des engagements et des contreparties de la part du bénéficiaire...)

Clarifier le rôle de la commission spécialisée en associant les ARS dans l'instruction des dossiers et en obligeant la motivation des décisions prises.

Renforcer le rôle du secrétaire général du CSM qui présente le rapport à la commission mais qui disposera d'un droit de veto lorsque la décision prise méconnaît les règles internes de fonctionnement.

Instituer un contrôle de l'emploi des fonds, un compte rendu d'achèvement mais également une analyse de la situation de l'organisme attributaire permettant une information du CSM. Il faut noter, enfin la possibilité pour le FNSAM de récupérer les sommes non dépensées ou non affectées à la réalisation de l'opération.

Préciser les liens entre le fonds et la CDC en instituant outre un registre central des prêts et subventions mais également une obligation de relevé des opérations. Cette précision ouvre la voie à la rémunération des fonds déposés à la CDC.

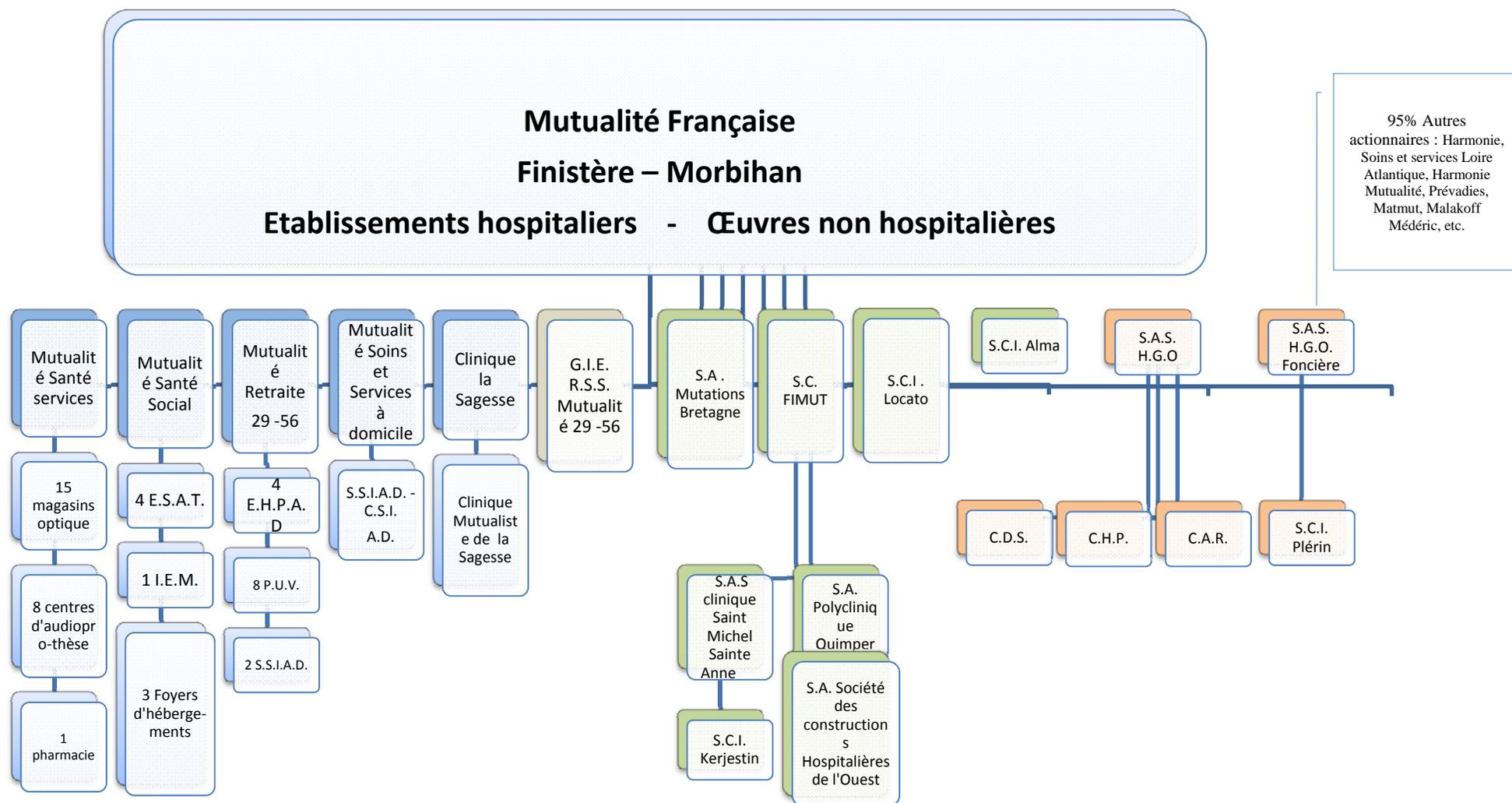
L'articulation entre l'Etat qui assume in fine la responsabilité de ces allocations et le Conseil supérieur de la mutualité qui gère de fait les demandes mériterait d'être précisée.

Sur le plan opérationnel l'articulation avec les ARS s'impose pour une vision plus globale des demandes et de leur impact à la fois sur l'organisation de l'offre territoriale de soins et l'impact financier des opérations financées

Sur le plan fonctionnel le formalisme dans les procédures comme l'évaluation des opérations aidées sont des conditions à la définition d'une stratégie du FNSAM à l'égard des SSAM.

⁷⁷ Lettre du 12 décembre 2013

ANNEXE 4: ORGANIGRAMME DE LA MUTUALITE FINISTERE MORBIHAN



ANNEXE 5: UNE ANALYSE FINANCIERE DES SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISTES (SSAM)

L'analyse des risques financiers des services de soins et d'accompagnement mutualistes soulève une question préalable qui est celle du domaine étudié. La diversité des structures juridiques et la cohabitation au sein de ces structures de services très différents explique la complexité d'une analyse qui suppose un système d'information structuré et des règles de consolidation et d'affectation communes.

La FNMF dispose d'un système d'information qui repose à la fois sur des enquêtes spécifiques, des remontées systématiques prévues dans le statut de la Mutualité⁷⁸ ou à travers des dossiers de demandes de financement auprès du FNSAM.

Le système fédéral de garantie prévue par l'article L 111-6 du code de la mutualité⁷⁹ autorise la mise en œuvre d'un système d'informations qui permet à la mutualité de disposer pour les mutuelles du livre II d'un système d'information unique et d'outils d'analyse nombreux.

Pour les mutuelles du livre III, en l'absence d'un tel système, il appartient au département d'expertise financière, à partir des recueils volontaires des structures concernées, de fournir des analyses au niveau national. Ce système d'informations repose sur trois volets :

- Un annuaire des SSAM recensant l'ensemble des gestionnaires et des activités,
- Un suivi des activités basé sur l'analyse des ratios clés propres à chaque secteur d'activité exercé ;
- Une analyse financière reposant sur des données détaillées et le rapport de gestion.

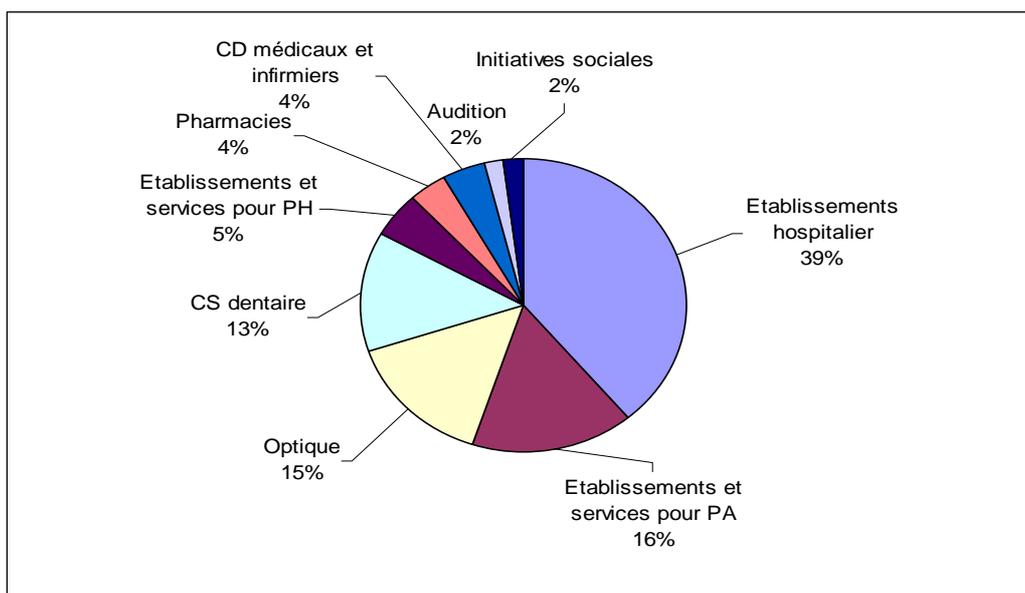
Les résultats par secteur d'activité

Globalement, l'activité des SSAM reste très différenciée, comme le montre le schéma ci-dessous, sachant que les secteurs hospitalisation et personnes âgées représentent à eux seuls plus de la moitié du chiffre d'affaires.

⁷⁸ Article 17 du règlement intérieur FNMF 15 juin 2012.

⁷⁹ Sans préjudice des pouvoirs de contrôle conférés à la commission visée à l'article L.510-1, les systèmes fédéraux veillent à l'application par leurs membres des dispositions législatives et réglementaires qui les régissent et exercent un contrôle administratif, technique et financier sur leur organisation et leur gestionLes systèmes fédéraux de garantie peuvent en outre intervenir à titre préventif, auprès d'une mutuelle ou d'une union susceptible de ne plus répondre aux conditions de solvabilité mentionnées au 3° de l'article L.212-1.

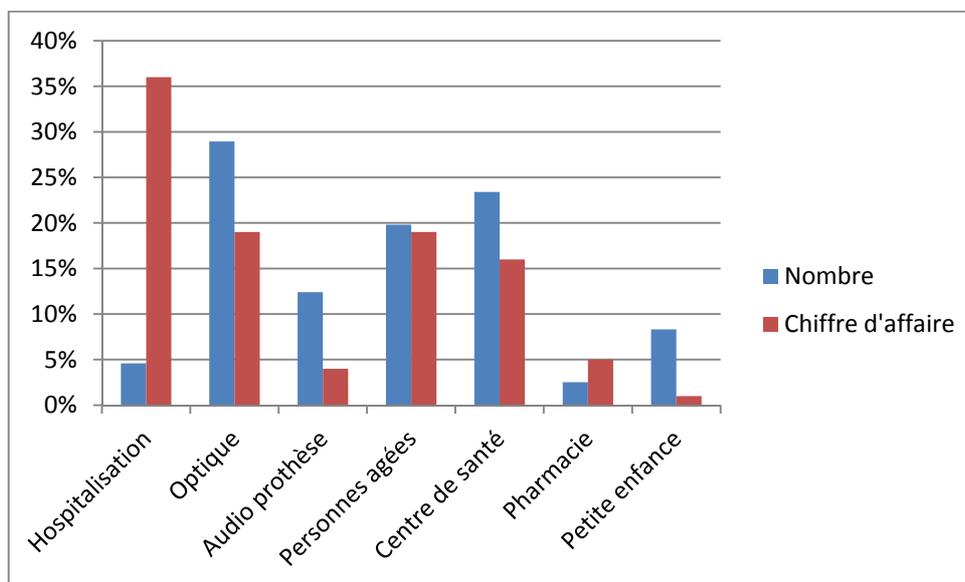
Graphique 4 : Part des différentes activités des SSAM en chiffre d'affaires.



Source : FNMF, année 2012

Chaque activité ne présente pas le même poids dans l'analyse du chiffre d'affaires global des SSAM. Le tableau ci-dessous distingue le poids en nombre et chiffres d'affaires des principales activités des SSAM et permet de constater que l'activité la plus importante en chiffre d'affaires est réalisée par le secteur hospitalier qui représente 4% des services concernés. Inversement, les 700 centres d'optique qui représentent 28% des services ne réalisent que 15% du chiffre d'affaires.

Graphique 5 : % du nombre et du chiffre d'affaires de chaque activité dans les SSAM.



Source : Département d'expertise financière FNMF octobre 2012

Par activité les résultats démontrent un taux moyen à l'équilibre qui dissimule des écarts significatifs.

Tableau 33 : ANALYSE DES SECTEURS d'ACTIVITE en 2012

	Produits d'exploitation en millions d'euros	% de l'échantillon étudié	Résultats d'exploitation en millions d'euros.	Taux en % rentabilité	% des activités dans l'échantillon étudié
Hospitalisation	825	74	+6	+1%	30%
Personnes âgées	511	90	-4	-1%	19%
Optique	418	95	+28	+7%	15%
Dentaire	382	93	-7	-2%	14%
Personnes handicapées	158	89	0	0	6%
Pharmacie	106	93	-2	-2%	4%
Centres de santé	69	66	-10	-15%	3%
Audio	58	91	+3	+6%	2%
Autres	201		-13	-6%	7%
Total	2 728		+1		100%

Source : Département d'expertise financière FNMF

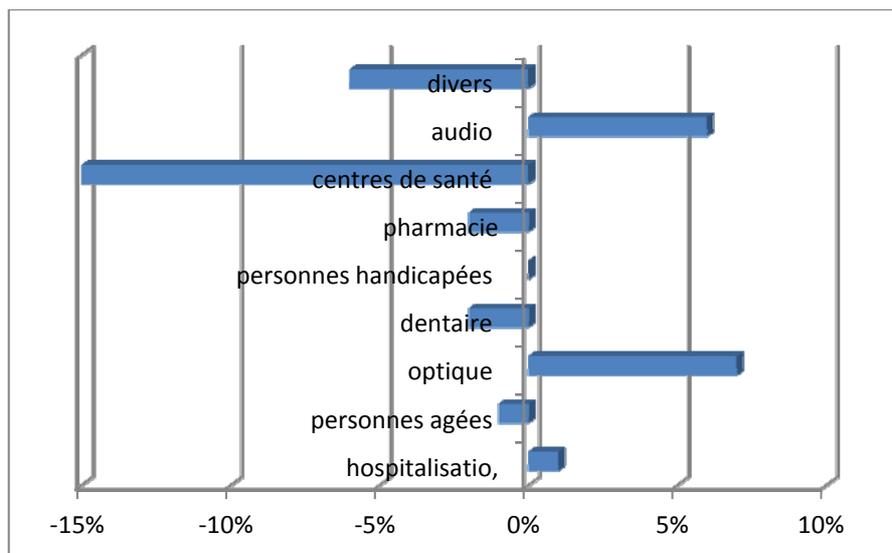
Globalement le taux moyen de rentabilité calculé à partir du taux de rentabilité de chaque branche par le poids respectif de cette branche dans l'échantillon étudié démontre la fragilité de cet équilibre avec un indice global de rentabilité de 0,05%

Ces données doivent être pondérées par plusieurs facteurs :

- Le secteur hospitalisation regroupe des activités aussi diverses que le secteur MCO et la psychiatrie.
- L'équilibre global de l'activité hospitalière cache des écarts entre disciplines MCO et SSR mais aussi entre établissements, certains établissements prestigieux étant à l'origine du déficit de leurs structures gestionnaires
- La présentation des résultats par activités appartenant à une même structure suppose résolues deux données comptables importantes : le contenu des dépenses imputées au siège et leur répartition par activités. Cette remarque conduit à appréhender avec prudence les résultats par activité même si le tableau ci-dessus permet de dégager les grandes tendances que confirme l'analyse du taux de rentabilité.

Cette analyse démontre que les activités marchandes dégagent respectivement des ratios de rentabilité élevés de 7% pour l'optique et 6% pour l'audio. A l'inverse le déficit des centres de santé avec un ratio déficitaire de 15% comme le déficit d'une partie des centres dentaires fragilisent le modèle mutualiste en matière de soins de villes.

Graphique 6 : Taux de rentabilité des activités



Source : FNMF 2012

La perspective de la hausse de la fiscalité concernant les activités marchandes, comme l'optique et l'audio, et donc la probable réduction des excédents dans ces secteurs renforce le risque de voir apparaître un différentiel croissant entre l'évolution des charges et des produits qui nécessitera des mesures d'équilibre dont la Mutualité a conscience.

ANNEXE 6: LES RISQUES FINANCIERS DU SECTEUR DU LIVRE III

La FNMF produit sur la base des comptes des Unions territoriales et des mutuelles relevant du Livre III une analyse des comptes de résultats ainsi que des indications sur les comptes de bilan.

Sur la base des remontées d'information du département d'expertise financière, la mission a exploité les documents de synthèse du département d'expertise financière pour les exercices 2009 à 2011.⁸⁰

Afin de respecter la confidentialité des données propres à chaque mutuelle, la présente fiche ne comprend pas des données individuelles, même si les documents fournis par le département d'expertise financière en faisaient état.

Au titre des Unions

Pour l'exercice 2012 elle recense ainsi 71 Unions. Sur ces 71 Unions territoriales qui réalisent 2012 1,6md€ de produits d'exploitation,⁸¹ la plus grande Union réalise 140M€ de produits, la plus petite moins de 500k€

Les 10 plus grandes Unions avec 800M€ de produits concentrent la moitié des produits d'exploitation des SSAM.

Le tableau ci-dessous donne les éléments relatifs aux 25 premières Unions territoriales qui totalisent 1,2Md€ de produits exploitation.

Tableau 34 : classement des 25 premières Unions territoriales sur la base des comptes 2012

Unions territoriales	Produits en M€	Total des produits%
5 premières	555	34%
10 premières	805	50%
15 premières	988	61%
20 premières	1 128	70%
25 premières	1 241	77%

FNMF traitement IGAS

Parmi ces Unions : 47 soit 66% présentent des résultats positifs à hauteur de 22M€ et 18 d'entre elles présentent des résultats nets négatifs pour l'exercice 2012 qui s'élèvent à - 6M€. Le solde net est donc un résultat positif de 16M€

S'agissant des résultats négatifs leur montant (-6,1M€) rapporté aux produits (+401 M€) représente un ratio de 1,5%.

Sur ces 18 Unions déficitaires, les deux plus importants déficits s'élèvent respectivement à 9,3% et à 8,3% des produits.

En termes de comptes de bilan :

- 18 Unions ont des dettes supérieures à plus de 100% de leurs fonds mutualistes ;
- Les 3 Unions présentant les ratios les plus dégradés ont des ratios dettes/Fonds propres qui s'élèvent respectivement à 617%, 347% et 300% ;

⁸⁰ Ces résultats consolidés permettent une analyse macroéconomique des activités des SSAM mais leur consolidation statistique ne traduit pas une consolidation comptable, chaque structure étant indépendante.

⁸¹ Les résultats 2012 portent sur 65 Unions, 6 Unions n'ayant pas transmis leur compte à la date de la mission.

- Les 5 plus importantes dettes rapportées au bilan total représentent 290M€ pour un total de bilan de 450M€. Parmi ces Unions l'Union la plus endettée a un ratio dettes/total Bilan de 97%. Quatre de ces cinq Unions territoriales gèrent des établissements de santé.

Une Union enfin a des fonds propres négatifs à hauteur de 4M€ soit 6,7% du total de son bilan.

Au titre des groupements mutualistes

Sur les 76 mutuelles et unions dédiées, qui réalisent 1,8Md€ de produits d'exploitation en 2012, les éléments recensés sont similaires⁸². La plus grande mutuelle réalise 300M€ de produits, la plus petite moins de 100K€. Les 5 plus grandes mutuelles totalisent 44% des produits, les 10 premières plus de 60%.

Pour ces 76 mutuelles et groupements mutualistes qui réalisent 1,8M d'euros de produits d'exploitation en 2012, la plus grande mutuelle a 300M € de produits, la plus petite moins de 100K€

Les 5 plus grandes mutuelles totalisent 44% des produits, les 10 premières plus de 60%. Le tableau ci-dessous présente la physionomie du secteur.

Tableau 35 : La concentration du secteur des mutuelles et unions du Livre III

Mutuelles et unions dédiées + unions du Livre III	Produits en M€	Total des produits %
5 premières	814	44%
10 premières	1 127	61%
15 premières	1 344	73%
20 premières	1 456	79%
25 premières	1 549	84%

Source : Département d'expertise financière FNMF octobre 2013 traitement IGAS

Les résultats du secteur se dégradent d'une manière sensible.

Le tableau ci-dessous reprend les résultats 2012 et 2011 tels qu'ils figurent dans les documents de la FNMF.:

Tableau 36 : La situation financière

Mutuelles et unions dédiées + unions du Livre III	2012	2011
Nombre de mutuelles bénéficiaires	37	48
Nombre de mutuelles déficitaires	39	26
Résultats nets des mutuelles déficitaires En M€	-35,2	-21,1
Résultats nets des mutuelles En M€	+ 12,2	+ 20,5
Résultats totaux En M€	23	0,6

Source : Département d'expertise financière FNMF octobre 2013..Traitement Igas

En 2011, sur 74 mutuelles ayant transmis leurs données, 48 étaient excédentaires soit 65%. 26 étaient en déficit soit 35%.

⁸² Les résultats 2012 portent sur 76 mutuelles et unions dédiées

En 2012 sur 76 mutuelles ayant transmis leurs données 37 étaient excédentaires soit 48% et 39 étaient en déficit soit 52%

En 2011, les résultats des mutuelles en excédent compensaient presque intégralement les déficits.

En 2012; l'accroissement des déficits et la baisse des résultats positifs conduisent à un déficit global important en 2012 avec -22,9 millions de résultats nets négatifs sur un total de produits d'exploitation de 1,8Md€

La croissance des déficits et la réduction des excédents aboutissent à un résultat global divisé par 4, pour les deux exercices considérés.

L'analyse des résultats des mutuelles du livre III, démontre la fragilité de l'équilibre global.

Sur les 5 plus importants groupements mutualistes relevant du Livre III, 4 présentent un résultat net négatif pour un montant total de 6,2 M€ sur 814M€ de produits.

Sur les 39 groupements ayant des résultats nets négatifs, 9 présentent des déficits supérieurs à 10% des produits.

En termes de comptes de bilan 5 groupements ont des fonds propres négatifs.

36 groupements ont des dettes supérieures à 100% de leurs fonds propres et parmi ces mutuelles 6 ont des ratios aberrants supérieurs à 500%.

Rapportées au bilan total des organismes les 5 plus grosses dettes représentent 88% de leur bilan soit 358M€ sur 566M€

Tableau 37 : Situation financière des structures mutualistes

71 Unions territoriales	2 012	2 011
Nombre d'UT Déficitaires	18	16
Montant des déficits	-6 191	-10 147
Nombre d'UT bénéficiaires	47	54
Montant des bénéficiaires	+22 106	+27 813
En attente résultats	6	1
Total	65	70
76 mutuelles et unions dédiées +	2 012	2 011
Nombre de L3 Déficitaires	39	26
Montant déficitaires	-35 208	-21 173
Nombre de L3 bénéficiaires	37	48
Montant bénéficiaires	+12 288	+20 562
En attente résultats		2
Total Unions territoriales et mutuelles et unions L3	2 012	2 011
Total déficitaire (en nombre)	57	42
Total déficitaire (en montant)	-41 399	-31 320
Total bénéficiaire (en nombre)	84	102
Total bénéficiaire (en montant)	+34 394	+48 375

Source : Département d'expertise financière FNMF octobre 2013 Traitement Igas

Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence en l'absence d'une gestion des risques et d'un contrôle interne communs à l'ensemble des structures relevant du Livre III.

ANNEXE 7 : LE CONTROLE INTERNE L'AUDIT INTERNE ET LA GESTION DES RISQUES

Définitions

Souvent contrôle interne, audit interne, gestion des risques sont confondus alors qu'ils sont complémentaires car différents.

Le contrôle interne a pour objectif d'abaisser le risque d'erreurs dans les comptes comme dans la consolidation des données comptables. Le contrôle interne s'appuie sur un processus d'audit.

L'audit interne a pour objet d'évaluer périodiquement l'effectivité, l'efficacité et la pertinence de contrôle interne ; il participe à la gestion du risque.

La gestion des risques a pour but de recenser, d'identifier et de mesurer les risques, et de les traiter en prévention, c'est-à-dire de mettre en œuvre des procédures de gestion des risques.

Mieux identifier les risques passe par la mise en œuvre d'une comptabilité rigoureuse et de qualité et une réduction de l'asymétrie d'information entre les niveaux de la gouvernance.

Les trois thèmes sont liés; il ne peut y avoir d'audit interne qui ne repose sur un contrôle interne qui fiabilise et consolide les informations de chaque structure. Plus l'audit interne sera fort, plus le contrôle interne sera pertinent et plus la gestion des risques sera facilitée.

Certes le contrôle interne, comme l'audit interne doit s'adapter aux réalités différentes entre les organisations auxquelles il s'applique mais il est reconnu que audit interne et contrôle interne vont de pair sous réserve de respecter trois principes :

1. La conformité à un corpus de règles admises dans l'institution concernée,
2. L'exactitude et l'exhaustivité des informations recensées,
3. La qualité des processus informatifs nécessaires à sa mise en œuvre.

Ces conditions sont réunies quand l'institution dispose d'un niveau de professionnalisme et de taille suffisant ou d'un réseau d'experts que souvent le niveau national peut seul mettre en œuvre.

La problématique : l'organisation mutualiste et le contrôle interne

Avec la réforme du code de la mutualité, la distinction entre mutuelles d'assurance du Livre II et mutuelles de gestion des SSAM relevant du Livre III a produit une différenciation notable dans la mise en œuvre du contrôle interne et de la gestion des risques. Les premières sont soumises à un corps de règles analogues aux sociétés d'assurance et aux institutions de prévoyance, fondé sur le respect des exigences de solvabilité. Les secondes restent gouvernées par des règles de gestion analogues à celles qui s'appliquent aux associations et tirent de cette référence associative une revendication de liberté d'organisation.

Il n'y a pas pour les mutuelles du Livre III d'obligation à mettre en œuvre un dispositif de contrôle interne et chaque mutuelle a tendance à privilégier ses propres outils.

En revanche, les mutuelles du Livre II sont tenues par l'article R 211-28⁸³ du code de la mutualité à disposer d'un contrôle interne. L'adhésion à un système de garantie selon les dispositions de l'article L 111-6 du code de la mutualité, a permis de construire pour ces dernières une organisation structurée avec des règles communes.

Dans ces conditions la liberté accordée aux mutuelles du livre III explique la diversité des situations et organisations mises en œuvre comme l'existence de situations critiques, notamment pour celles qui gèrent des services ou établissements hospitaliers présentant des risques financiers importants.

La mise en œuvre des réseaux métiers et le travail des têtes de réseaux sont encore trop récents pour tirer des enseignements sauf à constater le chemin parcouru dans le développement des techniques d'audit interne dans le cadre de ces réseaux.

Les mutuelles du Livre III, même si certaines en disposent, doivent être mises dans l'obligation de disposer d'un contrôle interne qui s'inscrit dans un cursus de règles communes.⁸⁴ Celles-ci édictées dans le cadre d'un audit interne mis en place par activités, doivent pouvoir participer à une meilleure gestion des risques. Cette dernière passe par la capacité du contrôle interne de prendre en compte l'ensemble des activités exercées par une structure unique.

Une personne morale unique, des activités multiples.

Les activités du livre III étant regroupées dans une même personne morale, il est parfois difficile d'apprécier la situation réelle d'une activité au sein d'une même structure ayant une trésorerie unique et un patrimoine commun.

83 Article R211-28 : *La mutuelle ou union est tenue de mettre en place un dispositif permanent de contrôle interne.*

Le conseil d'administration approuve, au moins annuellement, un rapport sur le contrôle interne, qui est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

1° *La première partie de ce rapport détaille les conditions de préparation et d'organisation des travaux du conseil d'administration et, le cas échéant, les pouvoirs délégués aux dirigeants salariés dans le cadre du 7° de [l'article L. 114-4](#).*

2° *La seconde partie de ce rapport détaille :*

a) *Les objectifs, la méthodologie, la position et l'organisation générale du contrôle interne au sein de la mutuelle ou de l'union ; les mesures prises pour assurer l'indépendance et l'efficacité du contrôle interne et notamment la compétence et l'expérience des équipes chargées de le mettre en œuvre, ainsi que les suites données aux recommandations des personnes ou instances chargées du contrôle interne ;*

b) *Les procédures permettant de vérifier que les activités de la mutuelle ou de l'union sont conduites selon les politiques et stratégies établies par les organes dirigeants et les procédures permettant de vérifier la conformité des opérations d'assurance ou de réassurance aux dispositions législatives et réglementaires ;*

c) *Les méthodes utilisées pour assurer la mesure, l'évaluation et le contrôle des placements, en particulier en ce qui concerne l'évaluation de la qualité des actifs et de la gestion actif-passif, le suivi des opérations sur instruments financiers à terme et l'appréciation des performances et des marges des intermédiaires financiers utilisés ;*

d) *Le dispositif interne de contrôle de la gestion des placements, ce qui inclut la répartition interne des responsabilités au sein du personnel, les personnes chargées d'effectuer les transactions ne pouvant être également chargées de leur suivi, les délégations de pouvoir, la diffusion de l'information, les procédures internes de contrôle ou d'audit ;*

e) *Les procédures et dispositifs permettant d'identifier, d'évaluer, de gérer et de contrôler les risques liés aux engagements de la mutuelle ou de l'union et de détenir des capitaux suffisants pour ces risques, ainsi que les méthodes utilisées pour vérifier la conformité des pratiques en matière d'acceptation et de tarification du risque, de cession en réassurance et de provisionnement des engagements réglementés à la politique de la mutuelle ou de l'union dans ces domaines, définie dans le rapport mentionné à [l'article L. 212-3](#) ;*

f) *Les mesures prises pour assurer le suivi de la gestion des sinistres, le suivi des filiales, la maîtrise des activités externalisées et des modes de commercialisation des produits de la mutuelle ou de l'union, et les risques qui pourraient en résulter ;*

g) *Les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable ;*

⁸⁴ Ainsi à l'exemple de l'Etat par le décret n° 2011-775 du 28 juin 2011, et des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de par le décret n° 2013-917 du 14 octobre 2013 le monde mutualiste devrait disposer d'un corpus de règles et de définitions communs.

Ainsi le déficit d'un service peut être compensé par des excédents réalisés par d'autres services alors même que le principe de non fongibilité des financements est de droit en termes de présentation des comptes de chaque activité gérée.⁸⁵

La distinction entre personne gestionnaire et services gérés⁸⁶ soulève autant des questions de gouvernance que de management. La gouvernance de la personne morale est par définition institutionnelle et donc politique, elle est liée à la liberté statutaire et orientée vers l'objectif statutaire⁸⁷. Inversement, la gouvernance de l'activité est plus gestionnaire, technique et propre au secteur d'activité.

Dans le premier cas on devrait parler uniquement de gouvernance, dans le deuxième cas de management; la première fait appel à la responsabilité même de la personne morale, le deuxième relève de la responsabilité propre des gestionnaires de cette activité. Cette situation est commune au monde associatif et mutualiste qui gère, sous des personnes morales uniques, des activités différentes.

L'existence d'un risque propre à une activité reste masquée ou insuffisamment prise en compte dans l'analyse financière de la structure gestionnaire ce qui conduit à proposer une consolidation des comptes conformément aux dispositions de l'article L233-16 du code de commerce⁸⁸.

Si ces dispositions propres au contrôle interne sont acceptées par l'ensemble des acteurs, la question sur le niveau de maîtrise de la gestion des risques soulève cependant débat.

La répartition des missions qui incombent aux groupements du livre III et des mutuelles impliquées dans la gouvernance des SSAM et celles dévolues à la Fédération dans la maîtrise de la gestion des risques soulève la question de fond de l'unité du monde mutualiste et de l'autonomie des mutuelles.

Le rôle de la FNMF

Sans remettre en cause l'autonomie des personnes morales et leur gouvernance la FNMF revendique, au titre de sa mission générale, qui consiste à veiller au bon fonctionnement des groupements adhérents, la mission de gérer la prévention des risques.

La mutualité a fait de cette problématique le chantier prioritaire de sa stratégie des SSAM

En 2012, l'assemblée générale de la FNMF a adopté un document intitulé « La Stratégie du mouvement mutualiste pour les SSAM ». Parmi les chantiers initiés par cette démarche figurent les chantiers 5 et 6 relatifs au développement de la prévention des risques.

⁸⁵ J-Pierre LAGAY : le rôle du commissaire aux comptes dans les associations gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux ; RDSS 2101-p925

⁸⁶ Elie ALFANDARI : les distinctions associations gestionnaires –établissements gérés : liberté et contrôle .RDSS 2010 p 405

⁸⁷ L'assemblée gestionnaire est souveraine selon les dispositions des articles L.113-1 à L.113-4 du code de la mutualité. L'article L-114-9 fixe les compétences de l'assemblée générale de la mutuelle ou de l'union, qui statue sur :

j) *Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;*

k) *Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;*

l) *Le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 ;*

m) *Le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 ;*

n) *Le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-3.*

⁸⁸ Article L233-16 : les sociétés commerciales établissent et publient chaque année à la diligence du conseil d'administration, du directoire, du ou des gérants, selon , le cas, des comptes consolidés ainsi qu'un rapport sur la gestion d'un groupe dès lors qu'elles contrôlent de manière exclusive ou conjointe une ou plusieurs autres entreprises ou qu'elles exercent une influence notable sur celles-ci

Stratégie du mouvement mutualiste

Objectifs des chantiers 5 et 6

-Disposer d'une information fiable et structurée pour les différents acteurs. La FNMF a mis en place un mécanisme d'analyse de la situation financière des mutuelles du livre III adhérentes. Celles-ci doivent transmettre à la clôture de l'exercice comptable un document reprenant les principaux documents financiers (bilan, compte de résultat global et par filière, rapport du CAC, rapport de gestion).

-Définir les outils à mettre en œuvre (reporting, tableaux de bord, notes de conjoncture, cartographie des risques...),

-Informer sur la situation globale des gestionnaires de SSAM, informer sur les situations individuelles à risque et les accompagner.

Au fil du temps, le dispositif d'analyse des comptes des groupements mis en place par la FNMF s'est amélioré. Ainsi pour l'exercice 2012, le niveau d'analyse a été affiné puisque les organismes doivent transmettre les résultats économiques par établissement ou service. De même, des mesures de sensibilisation à la prévention des risques sont menées, par exemple, en organisant des formations à la rédaction du rapport de gestion. Les analyses financières sont couplées à des analyses métiers afin de disposer d'une vision globale. Par ailleurs la FNMF a lancé en juillet 2013 un appel d'offre destiné à donner aux groupements de nouveaux outils d'information, de détection et de suivi des risques économiques et financier liés à la gestion des SSAM.

IL faut cependant relever que ces efforts sont encore limités. Il n'y a pas de sanction en cas de non transmission des comptes⁸⁹. et les analyses interviennent plusieurs mois après la clôture des comptes. In fine l'intervention de la FNMF est souvent plus curative que préventive.

Globalement les outils actuels permettent au niveau national de disposer d'une analyse assez fine de la situation des groupements, mais le retard apporté par certains à transmettre leurs résultats au niveau national et à individualiser les secteurs à risque empêchent une réactivité du département d'expertise.

A ce regard externe à la structure mais interne au monde mutualiste s'ajoute l'intervention du commissaire aux comptes qui certifie les données financières et comptables.

Le rôle du commissaire aux comptes

Sur la base de l'article L.612-1 du code de commerce, les associations ont obligation de nommer un commissaire aux comptes dont la principale mission est de certifier les comptes annuels des entités qu'il contrôle. Le code de la mutualité rappelle aux mutuelles cette obligation⁹⁰.

La loi confie aux commissaires aux comptes d'autres missions qui participent à la gestion des risques :

⁸⁹ Il s'agit d'une obligation statutaire pour les mutuelles du Livre III adhérent à la FNMF mais sans conséquences en cas de refus. Les dispositions de l'article 17 du statut de la FNMF sont des engagements contractuels.

⁹⁰ Article L. 114-38 : « Les mutuelles et unions régies par le livre II ou, lorsqu'elles dépassent un volume d'activité fixée par décret, celles régies par le livre III, ainsi que les fédérations sont tenues de nommer au moins un commissaire aux comptes, et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.225-219 du code de commerce. Le président convoque les commissaires aux comptes à toute assemblée générale »

- **Le signalement** à l'assemblée générale ou à l'organe compétent des éventuelles irrégularités (sachant que la responsabilité de la transmission du rapport de commissaire aux comptes à l'autorité en charge de la tarification, relève de la personne morale et non du commissaire aux comptes).
- **L'alerte** par le commissaire aux comptes qui peut se référer à des indicateurs pertinents comme des fonds propres négatifs, une série de résultats déficitaires ou l'existence d'une trésorerie insuffisante pour mettre en œuvre la procédure d'alerte lorsque des faits de nature à compromettre la continuité d'exploitation sont relevés, lors de la réalisation de sa mission.
- Par ailleurs ce dernier peut effectuer **des diligences** directement liées à sa mission.

Ainsi, alors que les dispositions du code de la santé ⁹¹ permettent une information de l'ARS, au titre de l'autorité de tarification quand une activité est déficitaire ces dernières reconnaissent les difficultés d'appréhender l'équilibre global de la structure. Une modification de l'article L.234-1 du Code de commerce autorisant le commissaire aux comptes à saisir en parallèle le Préfet du département du siège de la structure est une mesure préconisée par les commissaires aux comptes ⁹² qui participerait à une meilleure gestion des risques.

Ainsi se détachent quatre notions relevant de quatre niveaux de responsabilité

- La mise en place d'un contrôle interne propre à chaque mutuelle. Aujourd'hui seules les mutuelles régies par le Livre II sont soumises à l'obligation de mettre en place un comité d'audit qui a, entre autres missions, l'« *étude de la cartographie des risques de la mutuelle* » ainsi que le « *suivi de la politique, des procédures et des systèmes de gestion des risques.* » ⁹³ Une extension de cette obligation aux mutuelles les plus importantes du Livre III permettrait une plus large diffusion de la « culture » de gestion des risques au sein de ces organismes.
- La définition de règles d'audit interne propres à chaque activité et dont le niveau d'analyse serait national par la définition d'un corps de règles communes.
- La certification des comptes par le commissaire aux comptes qui alerterait la gouvernance interne voire l'autorité externe.
- La mise en œuvre d'une gestion des risques interne à la mutualité comprenant la capacité d'alerte et de conseil.

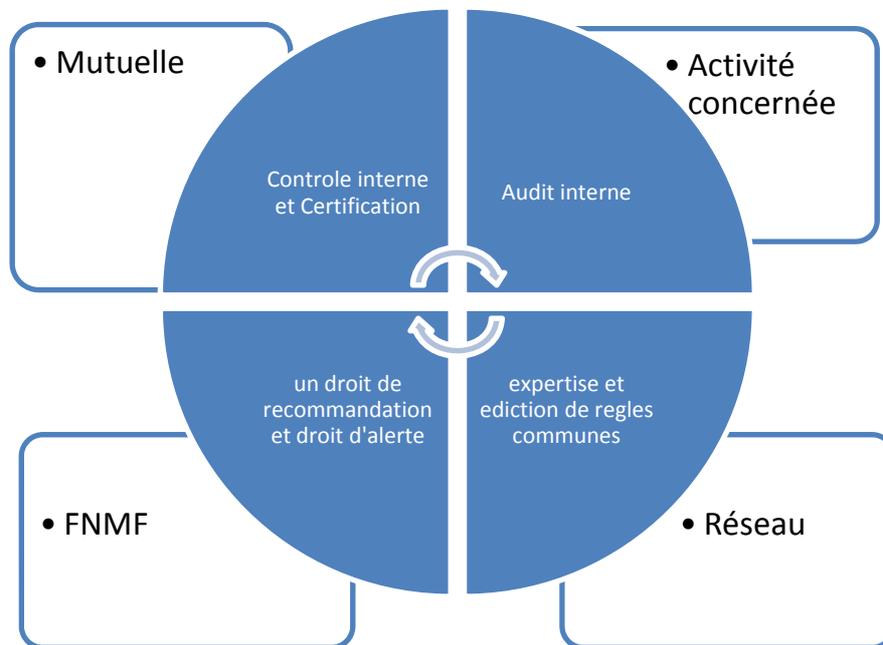
Au final, le renforcement de la prévention des risques au sein des mutuelles du livre III passe par une évolution des modes de fonctionnement des mutuelles et par une extension du périmètre d'intervention des dispositifs de contrôle interne à la mutualité avec l'obligation d'adhésion à un système de prévention des risques. Comme les mutuelles du livre II, les mutuelles du livre III doivent adhérer à un mécanisme de prévention des risques mis en place par la FNMF.

⁹¹ Article L. 6161-3 du code de la santé publique

⁹² Article L234-1 : Lorsque le commissaire aux comptes...relève, à l'occasion de l'exercice de sa mission, des faits de nature à compromettre la continuité de l'exploitation, il en informe le président du conseil d'administration ou du directoire dans les conditions fixées par décret en Conseil d'état.

⁹³ Article R-211-28 : *La mutuelle ou union est tenue de mettre en place un dispositif permanent de contrôle interne.* Décret n° 2008-468 du 19 mai 2008

Dans le débat sur le contrôle interne et la gestion des risques l'articulation peut se concevoir entre une répartition des compétences et des responsabilités internes au monde mutualiste.



Source : mission

ANNEXE 8 : LE ROLE DES ARS

Les références

Historiquement l'Etat exerçait un contrôle déconcentré des mutuelles par l'intermédiaire des DRASS. Il comprenait un contrôle minimum qui intégrait le contrôle de légalité et un pouvoir d'information sur les comptes ; lequel autorisait en cas d'alerte le Préfet à désigner un administrateur provisoire en cas de défaillance. Puis ce contrôle a été confié à la Commission de contrôle des mutuelles et des Institutions de prévoyance dont le secrétariat général était tenu par l'Igas.

Deux réformes ont fortement impactées le contrôle des mutuelles : La réforme de la mutualité avec la séparation des mutuelles du livre II et du livre III qui a abouti à la fin du contrôle de l'ACP au profit de la MNC, et la réforme de l'État, avec la suppression des DRASS et la mise en œuvre des ARH, puis des ARS qui a modifié profondément l'organisation des services.

Aujourd'hui la seule procédure qui reste en partie de la compétence de l'Etat est l'immatriculation des mutuelles.⁹⁴

L'organisation actuelle repose sur un contrôle limité lié à la nature privée de la personne morale concernée et un contrôle élargi lié à la nature de l'activité exercée.

La nature de droit privé de la mutualité explique la nature de son contrôle qui est le même que celui des fondations, associations, cliniques privées c'est-à-dire un contrôle limité. La jurisprudence rappelle les limites du contrôle de légalité externe et notamment le respect de la procédure.⁹⁵

Le contrôle de ces établissements et services est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation ou en charge de la tarification.

A ce titre, l'ARS autorisant la création et les activités des établissements de santé et des installations mentionnées aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3 ainsi que des établissements et services médico-sociaux au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles est un élément principal du dispositif du contrôle.

Dans l'analyse de l'activité des SSAM le contrôle exercé par les ARS prédomine comme le montre le tableau ci-dessous. La nature des activités concernées explique que 77% de l'activité des SSAM sont contrôlés par les pouvoirs publics.

⁹⁴ Antérieurement gérée de manière déconcentrée par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales l'immatriculation et par voie de conséquences, les obligations déclaratives préalables à la reconnaissance juridique de ces personnes morales étaient prises en compte au niveau régional. Outre la création d'une présomption de l'existence de la personnalité juridique et de l'information du public, l'immatriculation permet une identification des personnes concernées, leur suivi institutionnel, (fusion, ou substitution) mais sert également les impératifs statistiques pour mieux reconnaître leurs activités. Le décret n° 2011-1192 du 2-septembre 2011 relatif à l'immatriculation des mutuelles a fixé une nouvelle procédure qui repose sur le secrétariat général du conseil supérieur de la mutualité, lequel joue le rôle d'instruction et de transmission à l'INSEE pour enregistrement au répertoire SIREN.

⁹⁵ Conseil d'état : Groupe VITTAVI MUTUALITE du 23 décembre 2011)

Tableau 38 : Nature du contrôle et part d'activité des SSAM.

Secteur d'activité	Part en % du chiffre d'affaire.	Nature du contrôle
Hospitalisation	36%	Code de la santé publique article L. 6322 Régime d'autorisation
Centres de santé médicaux, infirmiers, laboratoire	4%	Régime déclaratif
Centres de santé dentaire, laboratoires de prothèses	12%	Régime déclaratif
Pharmacie	5%	Régime d'autorisation
Optique	19%	Liberté du commerce et de l'industrie
Audioprothèse	4%	Liberté du commerce et de l'industrie
Personnes âgées	14%	Régime d'autorisation CASF Article L.312
Handicap	5%	Régime d'autorisation CASF articles L214-1 à 214-17
Petite enfance, services à la personne, initiatives sociales	1%	CASF articles L.214-1 à L.214-17. Régime d'autorisation
Total	100%	61% relève du régime de l'autorisation 16% du régime déclaratif 23% de la liberté du commerce et de l'industrie

Mise en œuvre du contrôle

Les ARS disposent à l'égard des réalisations sanitaires et médico-sociales des mutuelles du Livre III de tout l'arsenal du contrôle.

- Les dispositions contenues dans l'article L 6161-3 du code de la santé publique dans le cas d'un déséquilibre financier⁹⁶
- Les modalités de retour à l'équilibre financier dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1.
- Les dispositions de l'article L.313-14-1 du code de l'action sociale⁹⁷, pour les activités médicosociales présentant un déséquilibre financier.
- La possibilité de désigner un administrateur provisoire. En cas d'échec d'administration provisoire ce dernier peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du Code de commerce.
- Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements ou services qui relèvent de la compétence tarifaire du représentant de l'Etat ou du président du conseil général, l'administrateur provisoire est désigné conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le directeur de l'agence régionale.

Il résulte de l'ensemble de ces dispositions, que les ARS détiennent le pouvoir de contrôler des activités exercées par les SSAM lorsqu'elles entrent dans leur champ de compétences,

Par contre, les activités concernées n'ayant pas la personnalité morale, l'administration provisoire est strictement limitée au service concerné et non élargie à l'association gestionnaire qui ne peut être soumise à l'administration provisoire que dans le cadre commun des dispositions du code de commerce,

Les difficultés constatées montrent que c'est le montage même qui est incriminé lorsque se confondent les budgets des réalisations et ceux de la structure gestionnaire.⁹⁸

Cette difficulté propre aux multiples regroupements, associations ou créations inhérents au secteur privé conduit à proposer une consolidation des comptes conformément aux dispositions de l'article L233-16 du code de commerce⁹⁹.

⁹⁶ : Dans les établissements de santé privés mentionnés aux articles [L. 6161-4](#) et [L. 6161-6](#), lorsque le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévus à l'article [L. 6145-1](#) font apparaître un déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements prévus au chapitre VI du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du présent code, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés, dans un délai qu'il fixe.

⁹⁷ Dans les établissements et services sociaux et médico sociaux. Lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif ...l'autorité de tarification compétente fait adresse à la personne gestionnaire .une injonction de remédier au déséquilibre financier.et de produire un plan de redressement adapté dans un délai qu'elle fixe

⁹⁸ Donatien LECAT : l'administration provisoire des établissements sociaux et médico-sociaux RDSS 2010 p431

⁹⁹ Article L233-16 :les sociétés commerciales établissent et publient chaque année à la diligence du conseil d'administration, du directoire, du ou des gérants, selon , le cas, des comptes consolidés ainsi qu'un rapport sur la gestion d'un groupe dès lors qu'elles contrôlent de manière exclusive ou conjointe une ou plusieurs autres entreprise ou qu'elle exercent une influence notable sur celles-ci

ANNEXE 9 : PROJET DE LOI RELATIF A L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

Le contexte

Malgré les difficultés dans l'analyse du poids de l'économie sociale et solidaire¹⁰⁰, celle-ci représente près de 800 000 entreprises ou associations, participe à 10% du PIB et emploie plus de 2 millions de salariés.

Le poids de l'économie sociale et solidaire est plus important dans la santé (11%) et dans l'action sociale (62%)¹⁰¹.

Les mutuelles du code de la mutualité participent avec près de 40 millions de sociétaires et 55 000 salariés à l'économie sociale et solidaire.

Les SSAM avec un chiffre d'affaires de près de 3 milliards d'euros représentent 1,3% du chiffre d'affaires de l'économie sociale et solidaire et 1% des emplois¹⁰².

L'exposé des motifs est explicite d'une démarche qui concerne l'ensemble de l'économie sociale et solidaire.

- **Remédier** à une absence de cadre législatif général et unificateur concernant un secteur de nature composite, résultant de dispositifs législatifs multiples et souvent anciens.
- **Opérer** une actualisation et une modernisation des quatre statuts de nature législative qui régissent les grands acteurs historiques de ce secteur
- **Permettre** à la puissance publique et aux acteurs concernés, grâce aux recours à la loi, de disposer de cadres juridiques robustes et sécurisés pour développer leurs actions et collaborations mutuelles.
- Une meilleure connaissance de ces entreprises est nécessaire pour mieux **apprécier** leurs particularités et éventuellement identifier les difficultés qu'elles pourraient rencontrer afin de renforcer l'efficacité des interventions publiques.

Les objectifs du projet de loi reprennent les préoccupations du secteur mutualiste qui se positionne : « entre le monde libéral entrepreneurial et le secteur public, entre l'initiative privée et l'intervention de la puissance publique¹⁰³ ».

Le projet de loi

Voté par le sénat le 7 novembre 2013¹⁰⁴, le projet de loi sera débattu au printemps à l'assemblée nationale. Trois articles concernent principalement la mutualité :

- Les mutuelles sont visées à l'article 1-2: « l'économie sociale et solidaire est composée des activités de production, de distribution, d'échange et de consommation de biens ou de services mises en œuvre par les personnes morales de droit privé, constituées sous la forme de Mutuelles ou d'unions relevant du code de la mutualité »

¹⁰⁰ Panorama de l'économie sociale et solidaire édition 2013. Rapport sur l'économie sociale et solidaire de Francois Vercamer parlementaire en mission ; avril 2010. Le poids de l'économie sociale dans le PIB Philippe Kaminski, colloque de l'ADDES mars 2009.

¹⁰¹ Source Observatoire national de l'ESS /CNCREs 2010

¹⁰² 25 000 emplois recensés dans les SSAM pour 2,3 millions d'emplois du secteur de l'économie solidaire.

¹⁰³ Centre d'analyse stratégique : l'entrepreneurial social en France .rapports 2013 N° 56 p 19

¹⁰⁴ Référence Sénat « petite loi ».

- L'article 2 du projet de loi les intègre dans la catégorie des entreprises recherchant une utilité sociale :

Sont considérées comme recherchant une utilité sociale au sens de la présente loi les entreprises dont l'objet social satisfait à titre principal à l'une au moins des trois conditions suivantes :

1° Elles ont pour objectif d'apporter, à travers leur activité, un soutien à des personnes en situation de fragilité, soit du fait de leur situation économique ou sociale, soit du fait de leur situation personnelle et particulièrement de leur état de santé ou de leurs besoins d'accompagnement social ou médico-social. Ces personnes peuvent être des salariés, des usagers, des clients, des membres ou des bénéficiaires de cette entreprise ;

2° Elles ont pour objectif de contribuer à la préservation et au développement du lien social, à la lutte contre les exclusions et inégalités sanitaires, sociales et économiques, ou au maintien et au renforcement de la cohésion territoriale ;

3° Elles concourent au développement durable, sous réserve que leur activité soit liée à l'un des objectifs mentionnés aux 1° et 2°.

- Le principal article qui concerne directement les SSAM tient au dispositif prévu par l'article 37 qui insère un article L. 111-4-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 111-4-3. – I. – Des mutuelles ou unions régies par le livre III du présent code peuvent créer entre elles ou avec des mutuelles ou unions régies par le livre II une union régie par le livre III, ayant pour objet de faciliter et de développer, en les coordonnant, des activités sanitaires, sociales et culturelles.

Cette union peut admettre parmi ses adhérents les organismes relevant des catégories suivantes : Institutions de prévoyance ...Sociétés d'assurance mutuelles. Entreprises d'assurance ou de réassurance....Coopératives...Associations....Fondations

L'intérêt de cet article est d'organiser une nouvelle catégorie d'unions regroupant des acteurs non mutualistes avec une double protection concernant les structures mutualistes :

« La responsabilité de chaque membre est limitée au montant de son apport. L'apport d'une mutuelle ou union régie par le livre II du présent code ne peut excéder le montant de son patrimoine libre.

Les mutuelles et unions régies par le code de la mutualité disposent de la majorité des droits de vote à l'assemblée générale ainsi que des sièges au conseil d'administration

Par ailleurs, ces unions peuvent mettre en place une gestion des risques sur le plan statutaire :

IV « Les statuts de l'union peuvent prévoir que celle-ci dispose de pouvoirs lui permettant d'exercer un contrôle du fonctionnement, notamment dans le domaine financier, des activités sanitaires, sociales et culturelles de ses membres. Ces pouvoirs sont définis dans les statuts.

Le Projet de loi est perçu de manière positive par la mutualité¹⁰⁵, à la fois dans la reconnaissance d'un modèle spécifique et dans la capacité à pouvoir bénéficier des fonds du Fonds d'innovation sociale (20 millions d'euros), du Programme d'Investissement d'avenir (80 millions d'euros) et de la Banque publique d'investissement (500 millions d'euros) sur la base d'appels d'offres¹⁰⁶.

La principale disposition concernant les SSAM tient à la création d'une troisième possibilité de regroupement à côté de l'Union de Groupe Mutualiste (UGM) visée à l'article L 111-4-1¹⁰⁷ et de l'Union mutualiste de groupe (UMG) visée à l'article L 111-4-2 : une nouvelle union propre aux organismes du livre III.

L'étude d'impact du projet de loi explicite le choix :

Le choix a été fait de créer une nouvelle union mutualiste car aucune des formes juridiques existantes dans le code de la mutualité n'apparaissait adaptée à la poursuite de cet objectif. Une proposition initiale consistait à créer une nouvelle forme d'union Mutualiste de Groupe (UMG) telle qu'elle existe aujourd'hui pour le livre II (en application de l'article L.111-4-1 du code de la mutualité).

Pour mémoire, l'UMG de livre II est une union qui s'adresse uniquement aux mutuelles et groupements relevant du livre II du code de la mutualité, c'est-à-dire exerçant des activités d'assurance ou de réassurance. Elle a pour objet de permettre à ces mutuelles ou unions de créer des liens durables de solidarité financières entre elles mais aussi avec des structures non mutualistes (institutions de prévoyance et entreprises d'assurance notamment).

Or, il est apparu que reproduire ce modèle pour le livre III risquait de poser une difficulté au regard des liens financiers entre les organismes de livre II et ceux du livre III que le code encadre précisément.

De même, la formule de l'Union de groupe mutualiste qui aurait pu constituer une solution dans la mesure il s'agit bien d'une union de coordination n'a finalement pas paru satisfaire l'ensemble des attentes notamment en terme de contrôle et d'aide à la structuration des activités du livre III.

Cette nouvelle forme d'union permettra ainsi aux mutuelles et unions actuelles de se regrouper dans un cadre spécifique et bien déterminé afin d'aider le secteur à se structurer.¹⁰⁸

Ce nouveau dispositif doit permettre de répondre aux besoins de fonds propres des unions gérant des SSAM.

¹⁰⁵ Communiqué de presse du président de la FNMF du 8 novembre 2013

¹⁰⁶ Dans ce cadre la MGEN porte un programme portant sur l'autonomie des personnes âgées dépendantes qui fait partie des 23 projets retenus comme pôles territoriaux de coopération économique. (Source ministère de l'égalité des territoires)

¹⁰⁷ Article L.111-2: **Une union** est une personne morale de droit privé à but non lucratif créée par plusieurs mutuelles ou unions.

Article L.111-4 Lorsque deux ou plusieurs mutuelles ou unions régies par le livre II du présent code créent une union régie par le livre III, l'apport de chaque mutuelle ou union fondatrice dans l'union ainsi créée ne peut excéder son patrimoine libre et sa responsabilité est limitée au montant de cet apport.

Article L.111-4-1 L'union de groupe mutualiste a pour objet de faciliter et développer, en les coordonnant, les activités de ses membres.

Article L.111-4-2 Les unions mutualistes de groupe désignent les entreprises ...dont l'activité principale consiste à prendre et à gérer des participations, des mutuelles ou unions régies par le livre II du présent code,

¹⁰⁸ Rapport au Sénat, étude d'impact note bleue du 24 juillet 2013

Il donne également la possibilité pour les mutuelles d'émettre des certificats mutualistes (titres perpétuels à mi-chemin entre actions et obligations destinés à renforcer l'accès aux capitaux). Dans la dernière mouture du texte, la souscription de ces titres ne serait ouverte qu'aux sociétaires de l'organisme concerné, et ce « dans un périmètre très limité ». L'élargissement de la souscription à des investisseurs qualifiés n'aurait pas été retenu.

Autre accès au financement inscrit dans la loi, la réservation de 500 millions d'euros issus des fonds propres de la Banque publique d'investissement (BPI) dédiés exclusivement à l'économie sociale et solidaire. Cette enveloppe constitue « un plancher et non un plafond », susceptible d'évoluer en fonction des besoins de financement des acteurs.

Le projet de loi en discussion à l'assemblée nationale devra répondre aux interrogations soulevées lors du débat au Sénat :

- L'articulation entre les dispositifs relatifs aux politiques territoriales de l'économie sociale et solidaire ¹⁰⁹ et les schémas sanitaires et sociaux et la place de l'ARS dans la conférence régionale de l'économie sociale et solidaire (l'article 5 du projet de loi).
- La cohérence dans la mise en œuvre des territoires de santé et des pôles territoriaux de coopération économique notamment dans les territoires de santé où des structures mutualistes sont en reconversion. ¹¹⁰
- La compatibilité entre le suivi financier et statistique propre aux mutuelles et unions du Livre III et les dispositions prévues à l'article 8 du projet de loi ¹¹¹
- Le suivi du patrimoine des unions gérant des SSAM. ¹¹²
- L'articulation des compétences des autorités de contrôle et de tarification sanitaires, sociales et médico-sociales avec celles du juge en charge de la procédure de liquidation (amendement porté par la FEHAP : ¹¹³)

¹⁰⁹ Article 5A du projet de loi

¹¹⁰ Article 5 Les pôles territoriaux de coopération économique sont constitués par le regroupement sur un même territoire d'entreprises de l'économie sociale et solidaire au sens de l'article 1er de la présente loi, qui s'associent à des entreprises, en lien avec des collectivités territoriales, des centres de recherche, des établissements d'enseignement supérieur et de recherche, des organismes de formation ou tout autre personne physique ou morale pour mettre en œuvre une stratégie commune et continue de mutualisation, de coopération, ou de partenariat au service de projets économiques et sociaux innovants socialement ou technologiquement et porteurs d'un développement local durable.

¹¹¹ Article 8– *L'activité et les modalités de financement des entreprises de l'économie sociale et solidaire définies à l'article 1er font l'objet d'un suivi statistique spécifique auquel participent l'Institut national de la statistique et des études économiques, les services statistiques ministériels, la Banque de France ainsi que la Banque publique d'investissement. Pour ce suivi statistique, ces institutions et organismes mettent en œuvre, par voie de conventions, les échanges de données mentionnés au IV de l'article L. 141-6 du code monétaire et financier*

¹¹² La FEHAP dans le débat au Sénat avait proposé de faciliter les fusions et les reprises entre entités appartenant à l'économie sociale et solidaire (*article 41 et 44*) afin d'assurer la continuité des objectifs poursuivis et de l'œuvre bénévole ainsi que la réutilisation désintéressée du patrimoine immobilier et immatériel. L'article 41 prend désormais en compte les apports partiels d'actifs dans le droit des associations 1901 et 1908. L'article 42 facilite quant à lui les transferts d'autorisations sanitaires, sociales et médico-sociales en cas de fusion ou scission

¹¹³ Après l'article 44, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« Lorsqu'un établissement ou un service visés à l'article L.6111-1 du code de la santé publique ou au I de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles est géré par un organisme ou une entreprise visés au II de l'article 1 de la présente loi et qu'il fait l'objet d'une continuation ou d'une reprise judiciaires, le juge consulte l'autorité de contrôle et de tarification compétente visée aux articles L.6122-3 et au R.6122-35 du code de la santé publique ou à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles, préalablement au jugement.

Lorsqu'un établissement ou un service visés à l'article L.6111-1 du code de la santé publique ou au I de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles est géré par un organisme ou une entreprise visés au II de l'article 1 de la présente loi et qu'il fait l'objet d'une continuation ou d'une reprise judiciaires, l'avis de l'autorité de contrôle et de tarification compétente visée aux articles L.6122-3 et au R.6122-35 du code de la santé publique ou à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles tient compte des dispositions du b) du 3° du I de l'article 1er. »

SIGLES UTILISES

IGAS	Inspection générale des affaires sociales
ACAM	Autorité du contrôle des assurances et des mutuelles
ACP	Autorité de contrôle prudentiel
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CSS	Code de la sécurité sociale
DGOS	Direction générale de l'organisation de l'offre des soins
DGS	Direction générale de la santé
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSP	Délégation de service public
DSS	Direction de la sécurité sociale
DGCS	Direction générale
EAJE	Etablissement d'accueil des jeunes enfants
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, privés non lucratifs
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FMF	Fédération des mutuelles de France

FNASS	Fonds national de l'action sanitaire et sociale
FNSAM	Fonds national de solidarité et d'action mutualiste
FNIM	Fédération nationale indépendante mutualiste
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GIE	Groupement d'intérêt économique
HAS	Haute autorité de santé
IMM	Institut mutualiste Montsouris
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
M	Million
MIG	Mission d'intérêt général
MNH	Mutuelle nationale des hospitaliers
RDSS	Revue de droit sanitaire et social
SSAM	Services sanitaires sociaux mutualistes
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSR	Service de soins et de réadaptation
UNPM	Union nationale des pharmacies mutualistes
UT	Union territoriale
UTMIF	Union territoriale mutualité ile de France

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES

- Rémi Lardellier, Renaud Legal, Denis Raynaud et Guillaume Vidal : Un outil pour l'étude des dépenses de santé et des restes à charge des ménages : le modèle *Omar* Economie et statistiques 2011 n°450 p 47 -67
- Daniel Lenoir : La mutualité face à ses enjeux RDSS mai juin 2009 p 397
- Docteurs Blouses : l'hôpital malade de l'efficience Revue du MAUSS 2013 n°41 p 53-75
- Valérie Paris: les performances comparées des systèmes de santé : Les tribunes de la santé 2012 n° 35 p 43-49
- Michel Dreyfus : l'histoire de la mutualité : les quatre grands défis Les tribunes de la santé 2011 n°2p 49-54
- Entretiens avec Etienne Caniard : l'identité mutualiste en assurance santé: un objectif de solidarité menacé par une concurrence exacerbée : Revue du MAUSS 2013 n° 41 p 140-152
- Florence Jany-Catrice : les nouvelles mesures des performances économiques et du progrès social. Le risque de l'économicisme./ Revue du MAUSS 2013 n° 41 p 371-397
- Franck Evain ,Engin YILMAZ : les déterminants de la rentabilité des établissements de santé in Le panorama des établissements de santé édition 2012 DRESS
- Elie Alfandari : la distinction associations gestionnaires –établissements gérés :liberté et contrôle : in RDSS 2010 p 405
- Yuri Biondi : modèles comptables et politiques d'austérité : représentations et enjeux de la maîtrise du déficit et de la dette des administrations publiques eu Europe et ailleurs : Revue Politiques et Management Public 2013 n° 3 p 289-313
- Stanislas Boutmy et Madina Rival : action publique des collectivités locales françaises et réforme comptable : vers plus de transparence : Revue Politiques et Management Public 2013 n°3 p 373-393
- Donatien Lecat : l'administration provisoire des établissements sociaux et médicaux sociaux in RDSS 2010 p 431

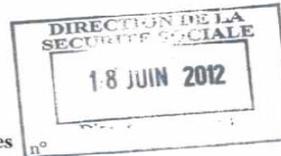
RAPPORTS et ETUDES

- IGAS Jean louis: Bonnet et Anne Bruant - Bisson : Mission d'évaluation de la contribution du grand Conseil de la mutualité à l'offre de santé des Bouches du Rhône et d'appui à l'évaluation de sa situation financière ; Juin 2012.
- IGAS Fabienne Bartoli, Nathalie Destais, Isabelle Yeni, Hubert de Beauchamp : Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins. Septembre 2012
- IGAS-IGF : Pierre Aballea, Patrice Legrand, Arnaud Vanneste, Didier Banquy, Pierre Painault : Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, Mars 2013
- IGAS : Georges Philippe et Cécile Waquet : Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Juillet 2013
- UNOIPSS : Comptabilité des associations

PIECE JOINTE : NOTE A L'ATTENTION DE MR LE DIRECTEUR DE LA SECURITE SOCIALE

**Mission juridique du conseil d'Etat
auprès des ministères chargés des affaires sociales**

Nicolas Polge
Maître des requêtes au conseil d'Etat
Tél. +33 1 40 20 83 57
nicolas.polge@conseil-etat.fr



Le 13 juin 2012

Note à l'attention de Monsieur le directeur de la sécurité sociale

Objet : Contrôle de l'Etat sur les mutuelles régies par le livre III du code de la mutualité

Vos références : DSS/SD3C – affaire suivie par J. Charasse –20 janvier 2012

Vous avez bien voulu m'interroger sur la portée du second alinéa de l'article L.510-1 du code de la mutualité, aux termes duquel : « *Le ministre chargé de la mutualité exerce le contrôle des mutuelles et les unions régies par les dispositions du livre III.* ».

Toute forme d'autorité de l'Etat, ou de tutelle, telle qu'un pouvoir de « contrôle » ministériel, sur des personnes de droit privé, qui limite l'autonomie de ces dernières, ne peut être instituée que par la loi, conformément à l'article 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen. Compte tenu de la variété des pouvoirs susceptibles d'être attribués à l'autorité de tutelle, depuis le simple droit de regard ou d'information sur les activités et le fonctionnement d'une personne morale jusqu'aux pouvoirs d'annulation, d'approbation, d'autorisation ou de substitution d'action, ce n'est pas seulement le principe de la tutelle, mais également la nature des pouvoirs de l'autorité de tutelle qui doivent être fixés par la loi (CE 2 novembre 1962, *Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce de la sidérurgie de l'Est*, recueil Lebon p. 588 ; assemblée, 27 novembre 1964, *Caisse centrale de secours mutuel agricole et autres*, p. 584 ; section, 15 décembre 1967, *Ministre du travail c/ Caisse chirurgicale mutuelle de la Gironde et autres*, p. 496 ; section, 16 mars 1984, *Broadie et autres*, p. 118). C'est la raison pour laquelle si le principe d'un contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel sur certaines mutuelles, unions et fédérations est énoncé à l'article L.510-1 du code de la mutualité, la nature des pouvoirs qu'elle détient à ce titre est précisée par les articles L. 612-1 à L.612-42 du code monétaire et financier.

Il ne revient au pouvoir réglementaire que de préciser les modalités d'exercice des pouvoirs ainsi définis. Un décret ne pourra donc pas attribuer au ministre chargé de la mutualité, pour l'exercice du contrôle des mutuelles et unions de mutuelles régies par le livre III du code de la mutualité, des pouvoirs dont le principe ne réside pas dans la loi.

A cet égard, deux interprétations du second alinéa de l'article L.510-1 du code de la mutualité sont concevables.

1/ Selon une première interprétation, cet alinéa ne ferait exception au premier que pour la détermination de l'autorité titulaire du pouvoir de contrôle, lui-même défini dans son étendue par renvoi aux dispositions applicables à l'Autorité de contrôle prudentiel. Il semble que ce soit ainsi que les anciennes dispositions du code de la mutualité ont pu être interprétées. En effet, dans la rédaction

¹ sic

de ce code antérieure à l'ordonnance n°2010-76 du 21 janvier 2010 *portant fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance*, alors que l'article L. 510-1 confiait l'exercice du contrôle de l'Etat sur les mutuelles à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, et que l'article L.510-2 l'attribuait, sauf en ce qui concerne les sanctions disciplinaires, au niveau régional de l'administration de l'Etat pour ce qui était des mutuelles régies par le livre III, sans que les articles L.510-3 à L.510-10, définissant les pouvoirs de l'Autorité de contrôle autres que les pouvoirs disciplinaires, fassent jamais mention du préfet de région, l'article R.510-18 précisait que les pouvoirs de ce dernier étaient ceux qui étaient conférés à la « commission de contrôle »² par les articles L.510-1 à L.510-10. Sauf à avoir été entachée d'incompétence, pour les raisons indiquées plus haut, cette disposition me paraît purement interprétative.

Mais des arguments de texte assez forts soutenaient cette lecture de la loi. En effet, l'article L.510-1 affirmait alors le principe d'un contrôle de l'Etat, dont l'exercice était confié à l'Autorité de contrôle. Les pouvoirs se rattachant à ce contrôle étaient définis par les dispositions qui suivaient, dans le même code. L'article L.510-2 faisait exception à l'article L.510-1 en ce qui concernait, expressément, l'autorité exerçant le contrôle de l'Etat sur les mutuelles du livre III, et prévoyait deux réserves à cette exception, en attribuant à l'Autorité de contrôle, de manière générale, un pouvoir d'évocation à l'égard des mutuelles du livre III, et en maintenant son monopole pour prononcer des sanctions disciplinaires. Il ressortait donc de la lecture de cet ensemble de dispositions une conception manifestement unitaire du pouvoir de contrôle de l'Etat sur les mutuelles, seulement assortie d'une répartition particulière des compétences en ce qui concernait les mutuelles du livre III.

Dans la nouvelle rédaction du code, les traces d'une telle unité du pouvoir de contrôle ont disparu. Il reste bien certain qu'il s'agit en tout état de cause d'un pouvoir de l'Etat, quelle que soit l'autorité à qui son exercice est confié au sein de celui-ci. Mais, tout d'abord, la notion de « contrôle de l'Etat » n'est plus explicite. Ensuite, la nouvelle rédaction de l'article L.510-1 dissocie l'exercice du contrôle des mutuelles mentionnées à l'article L.612-2 du code monétaire et financier, qui sont des mutuelles régies soit par le livre Ier, soit par le livre II du code de la mutualité, de l'exercice du contrôle des mutuelles du livre III : le champ d'application de la disposition relative à la compétence de l'Autorité de contrôle prudentiel est distinct du champ d'application de la disposition relative à la compétence du ministre, alors qu'auparavant le second était inclus, pour y faire exception, dans le premier. Enfin, l'article renvoie la définition des conditions d'exercice de la mission de l'Autorité de contrôle prudentiel aux dispositions du code monétaire et financier, applicables à un secteur beaucoup plus vaste que celui des mutuelles, sans disposition préliminaire qui comporterait un quelconque indice positif que ce renvoi vaut aussi pour l'exercice par le ministre de sa propre mission dans son champ restreint.

La thèse selon laquelle le législateur aurait entendu confier au ministre, à l'égard des mutuelles du livre III, les mêmes pouvoirs que ceux que détient l'Autorité de contrôle prudentiel à l'égard des autres mutuelles me paraîtrait donc, sinon exclue, du moins très fragile.

2/ Il me semble donc que seule peut valoir l'autre interprétation, selon laquelle la loi confie au ministre l'exercice du contrôle des mutuelles du livre III sans plus définir le contenu de cette tutelle. Toutefois, sauf à le priver de toute portée utile, le second alinéa de l'article L.510-1 me paraît nécessairement comporter l'attribution au ministre des responsabilités susceptible de conférer un minimum de substance au principe de l'exercice par l'Etat de son « contrôle » sur les mutuelles du livre III.

S'agissant des organismes de sécurité sociale, la jurisprudence est allée assez loin dans la reconnaissance pour l'autorité de tutelle de pouvoirs nécessairement attachés au principe de cette tutelle, en y incluant notamment, si ce n'est un pouvoir de substitution (CE assemblée,

² L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles ayant succédé à la commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance sans que toutes les conséquences en soient tirées dans la rédaction des textes

27 novembre 1964, déjà mentionnée), du moins un pouvoir d'approbation (même décision, et CE 4 mai 1981, *Société de gestion du Figaro et autres*, p. 204). Cette solution peut cependant s'autoriser, compte tenu de la mission confiée à ces organismes, de considérations tirées de principes fondamentaux de la sécurité sociale dans le champ desquels les mutuelles ne paraissent pas entrer.

Je crois donc que, dans la jurisprudence disponible, l'analogie avec un autre type de tutelle, exercé sur des établissements publics locaux, serait plus pertinente. S'agissant de ces établissements, dont l'autonomie est en principe protégée par le principe constitutionnel de libre administration des collectivités locales, il a été admis que la mission « d'animation et de contrôle » confiée par la loi au préfet permettait au décret de lui reconnaître les pouvoirs de prendre connaissance des ordres du jour de leurs conseils d'administration, d'accéder aux séances de ces conseils, de faire connaître ses observations sur des projets, de demander un nouvel examen de certaines délibérations et même d'inscrire certaines questions à leur ordre du jour. Ces différents pouvoirs ont tous été interprétés comme des « procédures d'information, de contact et d'avis » qui ne restreignaient pas l'autonomie de décision de l'établissement (CE section, 25 janvier 1980, *Syndicat des communes de la banlieue de Paris pour les eaux*, p. 42).

3/ De ce qui précède, il découle qu'à mon avis, l'article L.510-1 du code de la mutualité n'habilite pas le pouvoir réglementaire à confier au ministre, parmi les compétences sur lesquelles vous vous interrogez, un pouvoir d'injonction, ni un pouvoir de substitution, ni un pouvoir de sanction. Il semble l'habiliter, en revanche, à instituer les procédures permettant au ministre de se tenir informé du fonctionnement et de l'activité des mutuelles, et, le cas échéant, de les rappeler au respect de leurs obligations, sans pouvoir, probablement, leur imposer les mesures correctrices nécessaires.

Dans la mesure où la loi n'a pas précisé elle-même les compétences ministérielles attachées à cette mission de contrôle, le pouvoir réglementaire dispose d'une marge d'appréciation pour doter le ministre d'une gamme plus ou moins étendue d'instruments destinés à lui permettre de l'assurer. Il ne peut pas, cependant, en principe, s'abstenir de donner un minimum de contenu à ce contrôle. En cas de carence du pouvoir réglementaire, l'engagement effectif de la responsabilité de l'Etat est certes peu probable, compte tenu de la difficulté à faire valoir un préjudice évaluable qui découlerait de manière directe et certaine de l'absence de dispositions d'application du second alinéa de l'article L.510-1 du code de la mutualité. En revanche, des personnes physiques ou morales intéressées pourraient obtenir du conseil d'Etat une injonction de prendre ces dispositions.

Ainsi que vous l'indiquez, le minimum nécessairement attaché à la notion de contrôle des mutuelles semble bien que le ministre dispose de la possibilité de vérifier le respect de leurs obligations légales, soit par des procédures d'information systématique, soit par la communication d'éléments à sa demande ou la possibilité de contrôles sur pièces ou sur place. Si, muni de ces instruments, le ministre était pris en défaut dans l'exercice de son contrôle, la responsabilité de l'Etat pourrait là aussi être engagée, pour faute, tant à l'égard de la mutuelle qu'à l'égard de ses adhérents ou d'autres victimes.

4/ S'agissant de la possibilité pour le pouvoir réglementaire d'instituer une obligation de remboursement des fonds alloués à une mutuelle par le fonds national de solidarité et d'action mutualistes en application de l'article L.421-1 du code de la mutualité, j'observe qu'elle est déjà prévue à l'article R.421-4 du même code, dont le deuxième alinéa dispose : « *Les sommes non dépensées ou n'ayant pas été affectées à la réalisation de l'opération présentée lors de la demande de prêt ou subvention sont remboursables sans délai.* »

Il ne s'agit pas d'infliger ainsi une sanction au bénéficiaire du prêt ou de la subvention, mais d'assurer le respect de l'affectation légale des sommes allouées. Aucune habilitation législative n'est donc, en tout état de cause, nécessaire pour le prévoir. Par ailleurs, dès lors que les modalités de fonctionnement et de gestion du fonds, qui ne paraît pas doté de la personnalité morale, sont entièrement renvoyées à un décret en conseil d'Etat par l'article L.421-3 du code de la mutualité, je ne

vois aucun obstacle légal à ce que le pouvoir de décider, dans un tel cas, le remboursement soit attribué au ministre.

Bien entendu, si les contours du pouvoir de contrôle ministériel, avec les responsabilités qui s'y attachent, qui paraissent découler de la rédaction actuelle de l'article L.510-1 du code de la mutualité ne paraissaient pas satisfaisants, il serait loisible au législateur de les modifier, dans une direction ou dans l'autre.



Nicolas Polge