

QUI VEUT **TUER** LES MUTUELLES ?

PAR LE CRAPS ET LA MAEE

QUI VEUT
TUER
LES MUTUELLES ?

INTRODUCTION

Qui veut tuer les mutuelles ? C'est une question sans doute provocante, mais qui a, en tout cas, trois mérites : elle souligne la gravité de la menace extérieure qui pèse sur les mutuelles de protection complémentaire santé, malgré les services qu'elles procurent et les valeurs qu'elles portent ; elle engage de ce fait à mener une enquête sur la nature de la menace et sur ses origines ; elle incite à rechercher les moyens de défendre les mutuelles et de les promouvoir.

L'histoire des mutuelles de protection complémentaire santé, forme de prévoyance volontaire par laquelle des personnes s'assurent réciproquement, est exemplaire, tant par sa dimension morale que par l'ampleur de son succès. Nées, dans leur statut moderne, dès la fin de la Seconde Guerre mondiale pour certaines, dans les deux décennies qui ont suivi, pour la plupart des autres, elles se sont remarquablement développées jusqu'à la fin du siècle, grâce à la foi militante de leurs membres, grâce aussi à l'existence de la Sécurité sociale dont elles ont accompagné la création et l'action, et grâce également aux soutiens politiques, réglementaires et financiers, que les pouvoirs publics, reconnaissant leurs valeurs

morales et sociales, leur ont apportés.

Mais à l'arrivée du XXI^e siècle, la Commission européenne, attachée au dogme premier de la concurrence, a demandé au Gouvernement français de mettre fin aux aides et avantages dispensés aux mutuelles. La manière dont l'État français a mis en œuvre cette injonction s'est révélée très négative pour les mutuelles en général et plus encore pour les mutuelles de complémentaire santé de la fonction publique d'État.

La première partie de l'enquête porte sur l'identité des mutuelles. Elle rappelle comment la mutualité moderne, en France, s'est développée après la Seconde Guerre mondiale dans un environnement politique favorable. Les gouvernements de l'époque, engagés dans les grandes réformes de progrès social de l'après-guerre ont ainsi reconnu les mutuelles dans leurs spécificités en tant qu'union de personnes pratiquant entre elles la solidarité, agissant sans but lucratif et mettant démocratiquement en œuvre les valeurs républicaines de liberté, d'égalité et de fraternité. Elles ont pu bénéficier à ce titre non seulement du soutien moral des autorités publiques mais aussi d'exonérations fiscales et même d'aides financières.

Cette première partie souligne le changement d'attitude des pouvoirs publics, qui s'est manifesté progressivement dans les vingt-cinq dernières années, où l'Union européenne, n'ayant pas reconnu la spécificité des mutuelles, a poussé les gouvernements français

successifs à les considérer comme des entreprises d'assurance parmi d'autres, dans le champ ordinaire de la concurrence. Toutes les mutuelles santé-prévoyance sont affectées par ce changement, mais elles ne le sont pas, pour le moment, au même rythme et sur les mêmes aspects. Parmi les mutuelles des trois fonctions publiques, les plus sérieusement touchées à ce stade sont les mutuelles historiquement créées au sein de chaque ministère, par et pour les agents de la fonction publique d'État. Cette partie s'intitule comme suit : « Les pouvoirs publics et les mutuelles en France, de la juste reconnaissance à l'oubli des valeurs mutualistes ».

La deuxième partie de la recherche se concentre sur les mutuelles de la fonction publique d'État. Elle permet de mesurer l'impact des dernières évolutions réglementaires et pratiques sur ces mutuelles, et d'étudier les problèmes qu'elles rencontrent aujourd'hui et risquent d'avoir à affronter demain. Elle fournit une base de réflexion sur la situation générale de la mutualité en France aujourd'hui, et en particulier sur ses relations à venir avec les pouvoirs publics, à l'ombre du dogme européen de la concurrence. Elle formule des propositions de mesures favorables à la sauvegarde puis à la relance de l'action mutualiste santé-prévoyance, dans la fonction publique d'État, emblématique de la vie mutualiste dans son ensemble. Cette deuxième partie porte le titre suivant : « Les mutuelles de la fonction publique d'État, victimes emblématiques, mais forces possibles de reconquête ».

La conclusion met les évolutions en perspective et signale la nécessité pour les mutuelles de la fonction publique d'État de mener, aussi bien ensemble que chacune pour sa part, et avec l'appui des mutuelles territoriales et hospitalières, une action déterminée en direction de l'opinion publique et des autorités politiques.

Qui veut tuer les mutuelles ? Il est possible qu'apparaisse en cours de route une forme de réponse à cette question. Mais l'essentiel est que l'effort commun de recherche et de réflexion permette de bien montrer comment sont visées et touchées les mutuelles et de quelle manière la France pourrait les aider une nouvelle fois dans leur histoire, et ce faisant, s'aider elle-même à être plus fraternelle.

PREMIÈRE PARTIE

**LES POUVOIRS PUBLICS ET LES
MUTUELLES EN FRANCE,
DE LA JUSTE RECONNAISSANCE À
L'OUBLI DES VALEURS MUTUALISTES**

I.

Identité et champ d'action sociale des
mutuelles en France

Avant d'engager la réflexion sur les évolutions en cours et a fortiori sur les recommandations à faire, il convient de bien cerner le champ de la recherche, en rappelant, ici, ce que sont les mutuelles et plus particulièrement les mutuelles de protection complémentaire santé, ainsi que la manière dont elles interviennent dans le secteur privé et dans les trois fonctions publiques.

Une mutuelle est une union de personnes physiques qui s'assurent réciproquement : organisation de solidarité à but non lucratif, elle est gérée démocratiquement par et pour les personnes qui la composent ; celles-ci choisissent en toute liberté les protections qu'elles se donnent, ainsi que les cotisations qu'elles versent pour les financer ; elles expriment leurs choix par un vote

où chaque personne dispose d'une voix à égalité ; la pratique quotidienne de la relation mutualiste est une pratique de fraternité.

La solidarité mutualiste fait que dans le contrat mutualiste, chacun bénéficie des prestations à égalité, sans questionnaire de santé à l'adhésion, sur la base d'une répartition solidaire du risque entre les adhérents. La solidarité mutualiste s'exerce dans un esprit de **fraternité**, caractérisé notamment par : une écoute personnalisée et compréhensive, une aptitude à prendre en compte les situations exceptionnelles, une possibilité d'aide exceptionnelle, une volonté constante d'humanité.

L'absence de but lucratif signifie, non pas que la mutuelle ne peut pas dégager d'excédents – que certains aujourd'hui nomment à tort « bénéfices » – mais que ces excédents ne sont pas distribués et sont mis en réserve pour servir les objectifs de la mutuelle. Cette règle est fondamentalement différente de celle des entreprises, compagnies d'assurance incluses, qui ont le profit pour objet légitime et qui distribuent ce profit pour rémunérer les actionnaires.

La démocratie signifie liberté et égalité. Les adhérents participent à **égalité** de pouvoir à la prise des décisions et au contrôle de leur application. Chaque adhérent dispose d'une voix : une personne, une voix ; ce qui est fondamentalement différent des sociétés d'assurance, où le droit de vote est proportionnel au

nombre de parts détenu par les actionnaires ; ce qui est différent aussi des institutions de prévoyance où les décisions sont prises paritairement par les syndicats gestionnaires et par l'employeur. C'est selon cette règle d'égalité que fonctionne l'assemblée générale, instance souveraine qui vote les statuts et le règlement mutualiste et qui élit et contrôle le conseil d'administration.

Les mutualistes définissent en toute **liberté** les prestations qu'ils reçoivent et le montant des cotisations. Elle manifeste l'attachement au principe de prévoyance libre et volontaire, contre tout système d'assurance complémentaire collectif et obligatoire, comme contre tout excès de réglementation publique susceptible de contrarier le libre engagement. La liberté implique un esprit de responsabilité, tant dans la définition des prestations et cotisations que dans la manière d'utiliser les fonds mutualistes, dans la mesure où le vrai mutualiste, loin d'être seulement un consommateur, se comporte en responsable du bien commun.

Les mutuelles sont régies par le Code de la mutualité, dont l'article 2 précise les activités qu'elles peuvent mener, ainsi que leurs principes de gouvernance, de gestion et de contrôle. Ce Code est subdivisé en trois Livres, qui correspondent aux trois types d'activité des mutuelles. Le Livre I concerne l'action politique que les mutuelles mènent pour affirmer leur mission générale dans la société. Le Livre II concerne la maladie, les accidents et la maternité. Dans ce contexte,

les mutuelles ont très tôt dans leur histoire, associé à la couverture santé proprement dite, des garanties de prévoyance qui se rattachent à la santé et qui peuvent concerner le décès, l'invalidité et la perte de traitement. Certaines ont ensuite proposé à leurs adhérents une couverture touchant le risque dépendance. Le Livre III concerne l'action sociale au sens large et couvre notamment la création et la gestion d'établissements de santé, de maisons de retraite ou d'établissements pour personnes dépendantes.

Les mutuelles sont dites « complémentaires » parce qu'elles apportent une couverture santé complémentaire de celle de la Sécurité sociale. Elles permettent ainsi à l'adhérent d'être remboursé de la part du barème de l'acte médical non pris en charge par la Sécurité sociale. Elles peuvent aussi couvrir, du moins en partie, des dépassements d'honoraires par rapport au barème de la Sécurité sociale ; mais elles sont limitées à ce sujet par la capacité contributive de leurs membres, en même temps que par les règles du « contrat responsable », définies par le Code de la Sécurité sociale, qui a pour objet de limiter la pratique du dépassement d'honoraire. Ces limitations réglementaires ne s'appliquent pas à l'étranger où les mutuelles peuvent choisir de couvrir une grande part des frais réels et parfois la totalité. C'est le cas pour la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE).

Le Code de la mutualité prévoit que des mutuelles puissent se voir confier la gestion d'un centre de Sé-

curité sociale¹. Cette disposition historique, qui a d'ailleurs été mise en œuvre de façon particulièrement marquante par la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN), a donné lieu à des applications pratiques qui ont évolué dans le temps. Aujourd'hui, seules trois mutuelles gèrent encore la Sécurité sociale pour leurs adhérents et leur offrent donc **un guichet unique** pour les prestations mutualistes et de Sécurité sociale : il s'agit de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN), la Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris de l'Assistance Publique et des Administrations Annexes (MCVPAP) et la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE).

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) indique qu'en 2006 les mutuelles et unions de mutuelles de Livre II (santé-prévoyance) étaient au nombre de 1158, parmi lesquelles 484 substituées². Au 1^{er} mars 2020, elles ne sont plus que 371. Parmi celles-ci, seules 177 ont un chiffre d'affaires supérieur à 5 millions d'euros, ce qui les conduit à être soumises aux règles européennes de gestion dites de « Solvabilité II » dont la complexité et le poids sont inadaptés à la gestion mutualiste par les mutualistes eux-mêmes. Dans le classement de 2019 (classement élaboré à par-

tir des chiffres 2018) des trente premières mutuelles en France, publié par l'Argus de l'assurance, où la mutuelle interprofessionnelle Harmonie Mutuelle figure au premier rang, près d'un tiers sont des mutuelles de fonctionnaires. Parmi les dix premières, quatre sont des mutuelles de fonctionnaires, la plus importante d'entre elles étant la MGEN, dont l'histoire emblématique remonte à 1946.

En 2018, les mutuelles ont pris en charge 17,3 milliards d'euros des dépenses courantes de santé. La même année les sociétés d'assurance ont déboursé à ce titre 11 milliards d'euros, et les institutions de prévoyance 6,4 milliards d'euros.

Deux fédérations à vocation générale se partagent inégalement la représentation collective des mutuelles interprofessionnelles et des mutuelles de la fonction publique : la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), qui regroupe la très large majorité des mutuelles et qui est présidée par Thierry Beaudet ; la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM), qui rassemble une trentaine de mutuelles et qui est présidée par Philippe Mixe.

Les mutuelles interprofessionnelles, créées et développées dans le secteur privé, agissent soit dans le cadre d'une entreprise, soit dans le champ d'une profession, soit dans l'espace d'un bassin géographique de population. Elles ne sont pas sans relation avec la fonction publique, puisqu'elles peuvent compter des

1. Article L111-1 du Code de la mutualité.

2. La substitution est une convention qui permet à une mutuelle, la mutuelle substituée (ou cédante), de transférer tout ou partie de son risque assurantiel à un autre organisme, la mutuelle substituante (ou garante). Bien que les opérations réalisées dans le cadre de cette convention soient considérées comme des opérations directes de la mutuelle substituante, la mutuelle substituée conserve une autonomie juridique et la relation avec ses adhérents.

adhérents fonctionnaires ou assimilés venant vers elles à titre individuel, de même qu'elles peuvent constituer au sein d'un groupe une mutuelle dédiée à la fonction publique. Ces mutuelles au fil du temps ont développé d'importants dispositifs d'action sociale, qui peuvent aller jusqu'au logement social. La plus importante d'entre elles est Harmonie Mutuelle, présidée jusqu'à présent par Joseph Deniaud, à qui vient de succéder Stéphane Junique.

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 a fortement impacté le mode de vie des mutuelles interprofessionnelles. En effet, cet accord a obligé l'employeur à fournir à ses salariés une couverture santé, pour laquelle il doit prendre en charge au moins 50 % des cotisations que les salariés acquittent. La couverture ainsi apportée prend la forme d'un contrat collectif obligatoire. Celui-ci ne s'applique pas aux retraités.

Les mutuelles des trois fonctions publiques sont des mutuelles de couverture santé-prévoyance qui ont souvent créé des organismes d'action sociale liés à la santé et qui sont gérés séparément selon les règles du Livre III précité. Elles conduisent une action politique de défense et de promotion de leurs droits et de leurs activités. Elles organisent et gèrent chacune pour leur compte leur activité de couverture santé. Elles peuvent y ajouter en inclusion une couverture prévoyance pour le décès, l'invalidité permanente et absolue, et la perte de traitement. Elles peuvent également offrir des ga-

ranties optionnelles de prévoyance concernant la dépendance. Elles affectent généralement une enveloppe particulière de crédit à des actions d'entraide mutualiste exceptionnelles. Plusieurs d'entre elles mènent une action sociale diversifiée, qui comporte de remarquables réalisations dans le domaine notamment des crèches, des maisons de retraite médicalisées et des établissements pour adultes handicapés dépendants. Elles couvrent historiquement non seulement les agents en activité mais aussi les agents à la retraite.

On distingue les mutuelles de la fonction publique d'État, les mutuelles de la fonction publique territoriale et les mutuelles de la fonction publique hospitalière. Elles reposent sur le principe de l'adhésion volontaire des agents publics. Plusieurs d'entre elles, depuis une dizaine d'années, acceptent aussi des candidatures individuelles hors fonction publique. Certaines commencent même à se porter candidates auprès de grandes entreprises privées pour la couverture de leurs salariés. Cette activité hors fonction publique reste pour le moment quantitativement marginale.

Dix-huit mutuelles de la fonction publique sont membres de la Mutualité Fonction Publique (MFP), Fédération nationale dont l'histoire remonte au lendemain de la Seconde Guerre mondiale et qui a décidé en 2019 de s'ouvrir aux institutions de prévoyance. Elle est présidée par Serge Brichet.

Les mutuelles de la fonction publique d'État couvrent la très large majorité des agents de l'État. La MGEN est la plus importante d'entre elles. Elle est aujourd'hui présidée par Roland Berthilier. Les mutuelles de la fonction publique d'État pouvaient recevoir depuis 1952, une contribution financière de l'État pour leurs membres agents publics de l'État. Les conditions d'attribution ont radicalement changé avec le décret du 19 septembre 2007³, qui fait dépendre l'attribution des aides financières d'une procédure de référencement des organismes de Protection sociale complémentaire. Les mutuelles historiques peuvent, à cette occasion, être écartées ou obligées de partager le champ ministériel avec d'autres organismes d'assurances mutualistes ou capitalistes.

En tout cas, les mutuelles retenues voient leur liberté contrariée par les prescriptions des appels d'offre, puis par les exigences administratives des comités de suivi, dans des conditions risquant de mettre en péril leur capacité d'adaptation, et par là, le service aux adhérents.

La contribution financière de l'État porte sur les risques santé et prévoyance. Le niveau de cette contribution est marginal, et ne dépasse pas 5 % dans le meilleur des cas.

3. Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels. Version consolidée au 3 février 2020. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr. Consulté le 3 février 2020.

Les mutuelles de la fonction publique territoriale s'adressent directement aux personnels territoriaux et traitent avec les collectivités territoriales qui se sont engagées dans le soutien à la couverture santé-prévoyance de leurs agents. La plus importante d'entre elles est la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), présidée par Alain Gianazza. Parmi les collectivités aidantes, certaines choisissent d'aider directement leurs salariés à acquérir une couverture santé-prévoyance, tandis que d'autres procèdent par appel d'offres en demandant aux opérateurs santé-prévoyance de faire connaître les cotisations qu'ils demanderaient pour servir les prestations fixées dans l'appel d'offres de la collectivité concernée.

Si le financement de la Protection sociale complémentaire peut faire l'objet d'une aide de l'employeur par une convention de participation et/ou par une labellisation, il n'y a pas d'obligation à ce que cette aide porte à la fois sur la santé et sur la prévoyance : elle peut donc porter sur ces deux risques ou sur un seul de ces risques au choix de l'employeur.

C'est seulement le 8 novembre 2011 qu'a été publié le décret qui régit les aides publiques à la complémentaire santé pour la fonction publique territoriale. La convention de participation résulte d'un appel à concurrence. La labellisation, quant à elle, résulte de la délivrance d'un label par un prestataire privé habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Pour être labellisé, le contrat, l'organisme ou

le règlement doit répondre à des principes de solidarité prévus par décret⁴. La décision de la collectivité de choisir la labellisation ou la convention de participation doit être prise après consultation du comité technique⁵ de la collectivité considérée.

Si la convention de participation est retenue, l'employeur, au terme de la procédure de mise en concurrence, propose à ses agents le contrat ou le règlement choisi. L'agent reste libre d'y adhérer ou non mais il ne bénéficiera de l'aide de son employeur qu'à l'égard de ce contrat ou de ce règlement proposé. Si c'est la labellisation qui est retenue alors, l'agent étant libre de choisir le règlement ou le contrat de son choix, il bénéficiera de l'aide financière de son employeur si l'offre qu'il choisit est labellisée. L'ensemble des contrats et règlements labellisés sont listés par le ministère de l'Intérieur et la Direction générale des collectivités locales⁶.

4. Titre IV du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs agents. Journal Officiel de la République Française, n°0261 du 10 novembre 2011, page 18895 texte n°31. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr. Consulté le 3 février 2020.

5. Le comité technique étant une instance de concertation « chargée de donner son avis sur les questions et projets de textes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des services, les questions relatives aux effectifs, aux emplois et aux compétences et les projets de statuts particuliers. ». Les questions relatives à la Protection sociale complémentaire des agents en font partie. Qu'est-ce qu'un comité technique ? Disponible sur : www.fonction-publique.gouv.fr. Consulté le 3 février 2020.

6. Liste des contrats et règlements « labellisés » au titre de la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à la Protection sociale complémentaire de leurs agents, liste mise à jour le 18 février 2020. Disponible sur : www.collectivites-locales.gouv.fr. Consulté le 4 mars 2020

2		€
PROCÉDURES	POUR L'ADHÉRENT	VERSEMENT DE L'AIDE
CONVENTION DE PARTICIPATION	Le contrat retenu et proposé par l'employeur est le seul éligible à son aide	Versée directement aux agents ou à l'organisme pour les agents
LABELLISATION	Dispose de la possibilité de choisir parmi l'ensemble des contrats et règlements labellisés pour bénéficier de l'aide de son employeur	Versée directement aux agents ou à l'organisme pour les agents

Dans les collectivités territoriales, la participation est directement versée à l'agent ou aux organismes pour alléger la cotisation de l'agent. La loi ne fixe pas de montant minimum de participation des collectivités.

Les mutuelles de la fonction publique hospitalière ne reçoivent pas d'aide financière des employeurs publics que sont les établissements de santé. Ceux-ci n'inter-

viennent donc pas dans le choix que les personnels hospitaliers font en matière de couverture santé-prévoyance, auprès de mutuelles, institutions de prévoyance ou compagnies d'assurance. Cependant, en vertu de l'article 44 de la loi sur la fonction publique hospitalière, les agents de cette fonction publique peuvent bénéficier, sous certaines conditions, de la gratuité des soins hospitaliers, des soins médicaux et des produits pharmaceutiques délivrés pour leur usage personnel, dans l'établissement où ils exercent. Mais, cette disposition, d'application complexe, n'est plus mise en œuvre, sauf à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). Parmi ces mutuelles, la plus importante est de très loin la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH)⁷, présidée par Gérard Vuidepot.

*

Parmi les mutuelles de la fonction publique ce sont les mutuelles de la fonction publique d'État qui ont été le plus affectées par les évolutions de la réglementation européenne et par les décisions de l'État français. Historiquement installées dans leur ministère respectif, et y rassemblant la grande majorité des personnels, elles entretenaient des relations particulièrement positives avec leur administration. Celle-ci leur facilitait les contacts avec les agents, mettait à leur disposition des personnels contre rémunération et leur versait

une subvention annuelle. L'administration se chargeait également de collecter les cotisations mutualistes des adhérents qui avaient choisi la mutuelle de fonctionnaire historiquement en charge de la Protection sociale complémentaire des agents de leur ministère pour leur complémentaire santé, en prélevant directement sur le traitement des agents lesdites cotisations pour les reverser à la mutuelle : ce dispositif dénommé « pré-compte sur salaire » simplifiait le processus administratif de collecte financière à la fois pour les agents mais également pour la mutuelle de fonctionnaires concernée.

Tout a changé en 2007 après que la Commission européenne, invoquant les règles de la concurrence, a prescrit à l'État de modifier la situation et que celui-ci ait décidé de choisir par appel d'offres, le ou les organismes assureurs qui pourraient bénéficier d'une contribution financière, en fonction du nombre d'adhérents et du niveau de solidarité pratiqué. Cette procédure dite de « référencement » par appel d'offres a donné lieu, lors de sa deuxième vague en 2016, au référencement de plusieurs opérateurs dans la plupart des ministères, là où il n'y avait historiquement qu'une mutuelle créée et gérée par les agents dudit ministère.

Cette évolution, qui a été accompagnée d'une baisse des crédits d'aide, a provoqué, parmi les mutuelles de la fonction publique d'État, une crise de confiance à l'égard des pouvoirs publics nationaux et européens. Cette crise est d'autant plus profonde que dans cette

7. Avec 869 207 personnes protégées en 2018

période les mutuelles, précédemment exemptées d'impôts, ont été contraintes « d'entrer en fiscalité ». C'est d'ailleurs dans cette période que les administrations de l'État ont abandonné le dispositif du précompte des cotisations sur les salaires des agents.

Les agents de l'État mutualistes regrettent naturellement l'évolution négative des comportements des pouvoirs publics à l'égard de leurs mutuelles. Ils espèrent qu'un revirement dans le bon sens pourra se produire. Quoi qu'il en soit, ils sont restés pour la plupart fidèles à leur mutuelle historique, parce qu'elle est leur œuvre et incarne leur volonté de s'entraider dans leur ministère respectif, où ils conjuguent la force de l'esprit de corps avec la solidarité mutualiste.

II.

Une histoire

Les mutuelles ont une histoire qui remonte loin dans les diverses formes d'entraides et dont on trouve les sources dans les sociétés anciennes, non seulement en France et en Europe, mais aussi dans le monde.

Les premières sociétés de secours mutuel apparaissent en Europe au XVIII^e siècle, issues des confréries, des corporations et du compagnonnage. Le mouvement mutualiste prend de l'ampleur à la seconde moitié du XIX^e siècle, en réponse au sentiment croissant d'insécurité provoqué par la révolution industrielle, dans la classe ouvrière.

Après la Seconde Guerre mondiale, les mutuelles en France ont bénéficié du climat favorable résultant des

nouvelles idées sur la solidarité nationale et le progrès social. La création de la Sécurité sociale, loin de limiter leur développement, leur a donné l'occasion d'accompagner et de compléter l'action publique qu'elle porte. L'histoire de la MGEN illustre ce compagnonnage initial avec la Sécurité sociale et cette relation d'estime et d'encouragement. Dans cette période, et pendant un demi-siècle, l'État français a soutenu les mutuelles en les exonérant de taxes et d'impôts, en permettant qu'elles reçoivent des aides publiques ; sans mettre en question leur liberté, il leur a manifesté son appui moral, en soulignant le prix qu'il attachait aux valeurs mutualistes.

Au début du XXI^e siècle, la situation a commencé à changer lorsque la Commission européenne, au nom du dogme premier de la concurrence, a mis en question les exonérations de taxes et d'impôts ainsi que les aides financières dont bénéficiaient les mutuelles, a alourdi les réglementations les concernant en les rapprochant progressivement de celles appliquées aux assurances capitalistes, et d'une manière générale a fait comme s'il fallait oublier l'identité des mutuelles et leurs valeurs, dans ce que l'on nomme indifféremment le « marché » de l'assurance ou le « marché » de la santé. L'État français a obéi aux injonctions en indiquant qu'il ne pouvait pas faire autrement, mais la manière dont il l'a fait, sur certains points en tout cas, a aggravé la situation et mis en difficulté les mutuelles et à travers elles, l'action mutualiste et ses valeurs humaines.

La mise en cause progressive, ci-après décrite, de la situation juridique et fiscale des mutuelles, et tout autant de la stabilité de leur présence dans leur champ préférentiel – affinitaire ou historique – est un phénomène majeur dans le monde de la Protection sociale complémentaire et par là même dans la vie sociale de la France. Déjà beaucoup d'entre elles n'ont pas résisté au changement et n'ont pas eu d'autre choix que de se dissoudre ou de fusionner avec des mutuelles plus grandes ou de s'adosser à des institutions de prévoyance voire à des compagnies d'assurance. Celles qui ont résisté savent ce que les vingt dernières années leur ont coûté en concessions à l'air du temps et en efforts humain, matériel et financier. Elles savent qu'elles doivent combattre encore pour la sauvegarde et la réaffirmation de l'identité mutualiste. La recherche engagée, ici, a pour objet d'apporter à ce combat une contribution historique, juridique et morale.

L'impact de l'intégration européenne sur la mutualité

La mutualité est largement répandue en Europe. Mais les mutuelles interviennent dans le champ de la santé, selon des modes tellement différents que l'on ne peut pas considérer qu'au-delà de quelques principes il y aurait un modèle européen de mutuelles. C'est une situation que la Commission européenne n'a pas pu surmonter lorsqu'elle a tenté de définir un modèle unique pour l'Europe.

À l'issue de la Seconde Guerre mondiale, le système de santé européen s'est largement appuyé sur les réseaux mutualistes anciens pour se développer, ce qui peut expliquer la présence de mutuelles dans la quasi-totalité des États membres. Selon les chiffres du Parlement européen, en 2013, les organismes mutualistes en Europe représentent plus de 180 milliards d'euros en termes de cotisations, emploient plus de 350 000 personnes et fournissent des services de santé et des services sanitaires et sociaux à plus de 160 millions de citoyens européens.

Les mutuelles des différents pays européens ont certes quelques principes en commun, qui les différencient à d'autres types d'organisation pratiquant l'activité d'assurance sur la santé :

- l'absence de l'esprit de profit et de parts sociales : les excédents sont utilisés dans l'intérêt du service mutualiste convenu dans les statuts et règlements de chaque mutuelle ;
- une gestion démocratique, (une personne, une voix) ;
- les mutuelles sont des personnes morales de droit privé ;
- la recherche de la solidarité entre les membres, avec libre entrée et sortie.

En revanche, elles présentent une grande hétérogénéité dans leur fonctionnement mutualiste, qui varie considérablement selon chaque État membre, et qui se

traduit par de nombreuses réglementations nationales et un lien plus ou moins fort avec le système de santé public existant.

On distingue ainsi trois types de mutuelles en Europe :

- les mutuelles obligatoires qui ont en charge la gestion du régime public obligatoire, comme en Allemagne où les mutuelles gèrent le régime de Sécurité sociale de plus de 90 % de la population. En revanche, de par la loi, elles ne peuvent proposer de produits de complémentaire santé ;
- les mutuelles complémentaires qui ont pour fonction de garantir, comme en France par exemple, un meilleur accès aux soins en intervenant en complément de la Sécurité sociale ;
- les mutuelles alternatives qui représentent une alternative au système de santé public, comme au Royaume-Uni.

Ces divergences au sein des États membres constituent un frein à l'adaptation du droit communautaire aux organismes de Protection sociale solidaire. De plus, l'Union européenne considère l'activité des mutuelles en Europe, la France mise à part, comme étant trop peu importante pour justifier une législation spécifique. Les mutuelles ne bénéficient donc pas d'une législation propre au niveau européen et sont considérées au même titre que les autres organismes d'assurance.

Le droit européen, qui prime sur le droit national,

prône le principe de la libre concurrence et précise que : « *sont incompatibles avec le marché intérieur [...] les aides accordées par les États ou au moyen de ressources d'État sous quelque forme que ce soit qui faussent ou qui menacent de fausser la concurrence en favorisant certaines entreprises ou certaines productions* »⁸. Pour l'Union européenne, le principe de la libre concurrence garantit le bon fonctionnement du marché et une allocation optimale des ressources. Dès lors, tout traitement particulier accordé à une entreprise, quelle qu'elle soit, constituerait une entrave à ce principe.

Par conséquent, la politique européenne en matière de fiscalité, de règles comptables et d'exigences de solvabilité pour l'assurance, suscite un risque pour la pérennité du modèle mutualiste en Europe. Dans le cadre du marché unique, les mutuelles sont soumises à la concurrence des entreprises classiques à but lucratif. Il résulte de cette évolution une banalisation des mutuelles considérées comme des entreprises au même titre que les autres organismes d'assurance. Ceci oblige les organismes mutualistes à s'aligner, dans leur fonctionnement, sur une logique d'entreprise soumise aux règles de la concurrence. Les mutuelles ont réagi non seulement en s'adaptant mais aussi en participant à des mouvements de concentration visant à leur permettre de faire face à la nouvelle concurrence : on a

ainsi assisté à des regroupements de mutuelles, à des fusions pures et simples, et à des tentatives d'élargissement de leurs activités à d'autres pays membres de l'Union européenne, afin d'atteindre une taille visant à leur permettre de faire face aux mutations de l'époque.

Sans y être forcées par les mutations en cours mais désireuses de mieux maîtriser le présent et de préparer l'avenir, les deux plus puissantes mutuelles françaises, la MGEN et Harmonie Mutuelle, ont jugé elles aussi que le moment était venu de s'allier : elles ont ainsi créé l'Union Mutualiste de Groupe (UMG) Vyv, qui est de loin le plus grand groupe mutualiste de France avec dix millions de personnes protégées. Le groupe Vyv est présidé par Thierry Beaudet, également Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF). C'est dans le même esprit qu'a été constituée l'Union de Groupe Mutualiste (UGM) MGEN Partenaires : elle rassemble la MGEN, présidée par Roland Berthilier également Président de cette UGM ; la MAEE, présidée par Louis Dominici ; la MCV PAP, présidée par Anne Le Loarer.

Afin de mieux comprendre les problématiques auxquelles les organismes mutualistes doivent faire face depuis la création de l'Union européenne, il convient d'étudier d'abord les directives européennes mises en place depuis les années 70 et leurs impacts concrets sur le secteur de la mutualité, puis de revenir sur les différentes actions menées pour tenter d'obtenir la reconnaissance d'un modèle mutualiste au niveau euro-

8. Article 107 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. Journal officiel de l'Union européenne, C326/47 du 26 octobre 2012, page 3334. Consulté le 6 février 2020.

péen depuis les années 90.

Les principales directives européennes et leur impact sur la mutualité

A. Les directives de 1973 et 1979, l'instauration du libre établissement et les premières exigences de solvabilité

C'est à partir des années 70 que l'Union européenne commence à mettre en place les premières directives tendant à réguler et à harmoniser le marché de l'assurance, considéré comme un tout. Aucune différenciation n'est opérée entre les compagnies d'assurance capitalistes et les organismes relevant du secteur de la mutualité, ce qui va par la suite mettre les mutuelles en difficulté face aux nouveaux enjeux et obligations induits par la transposition de ces directives.

Les premières directives sont adoptées en 1973 et 1979 :

- La directive 73/239/CEE du 24 juillet 1973 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice ;
- La directive 79/267/CEE du 5 mars 1979 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à

l'activité de l'assurance directe sur la vie, et son exercice.

Ces directives posent les bases du libre établissement des entreprises d'assurance au sein de la Communauté Économique Européenne (CEE). L'obtention d'un agrément par le pays d'accueil est cependant nécessaire à la pratique de l'activité d'assurance : « *Chaque État membre fait dépendre d'un agrément administratif l'accès à l'activité de l'assurance directe sur son territoire. Cet agrément doit être sollicité auprès de l'autorité compétente de l'État membre intéressé (...)*⁹ ».

Les premières règles de solvabilité imposées aux entreprises pratiquant ces activités sont également définies. Dans un souci de protection de la clientèle, de nouvelles exigences de solvabilité sont instaurées :

- « *Les États membres vérifient en étroite collaboration la situation financière des entreprises agréées* »¹⁰ ;
- « *L'autorité de contrôle de l'État membre sur le territoire duquel est situé le siège social de l'entreprise doit vérifier l'état de solvabilité de cette en-*

9. Article 6 de la directive 73/239/CEE portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice du 24 juillet 1973. Journal officiel des Communautés européennes, n°L228/3 du 16 août 1973. Consulté le 20 février 2020.

10. Article 13 de la directive 73/239/CEE du 24 juillet 1973. Journal officiel des Communautés européennes, n°L228/3 du 16 août 1973. Consulté le 20 février 2020.

- entreprise pour l'ensemble de ses activités (...) »¹¹ ;*
- « *Chaque État membre sur le territoire duquel une entreprise exerce son activité, impose à celle-ci de constituer des réserves techniques suffisantes (...) »¹² ;*
 - « *Chaque État membre impose à chaque entreprise dont le siège social est situé sur son territoire, la constitution d'une marge de solvabilité suffisante relative à l'ensemble de ses activités (...) »¹³ ;*
 - « *Le tiers de la marge de solvabilité constitue le fonds de garantie (...) »¹⁴ ;*
 - « *Chaque État membre impose aux entreprises ayant leur siège social sur son territoire, de rendre compte annuellement, pour toutes leurs opérations, de leur situation et de leur solvabilité. (...) »¹⁵.*

Surtout, cette directive énonce la règle suivant laquelle : « *Chaque État membre exige que les entreprises qui se constituent sur son territoire et sollicitent*

11. Article 14 de la directive 73/239/CEE du 24 juillet 1973, publiée au Journal officiel des Communautés européennes, n°L228/3 le 16 août 1973.

12. Article 15 de la directive 73/239/CEE du 24 juillet 1973, publiée au Journal officiel des Communautés européennes, n°L228/3 le 16 août 1973.

13. Article 16 de la directive 73/239/CEE du 24 juillet 1973, publiée au Journal officiel des Communautés européennes, n°L228/3 le 16 août 1973.

14. Article 17 de la directive 73/239/CEE du 24 juillet 1973, publiée au Journal officiel des Communautés européennes, n°L228/3 le 16 août 1973.

15. Article 19 de la directive 73/239/CEE du 24 juillet 1973, publiée au Journal officiel des Communautés européennes, n°L228/3 le 16 août 1973.

l'agrément [...] limitent leur objet social à l'activité d'assurance et aux opérations qui en découlent directement, à l'exclusion de toute autre activité commerciale »¹⁶. Cette règle est sans doute l'une de celles ayant le plus gros impact sur l'organisation des organismes mutualistes, puisque, jusqu'à cette directive, ceux-ci n'avaient pas l'obligation de séparer l'activité d'assurance de la gestion des réalisations sanitaires et sociales. Cela signifie non seulement que les mutuelles ont désormais l'obligation de créer de nouvelles structures afin de continuer à gérer leurs activités annexes autres que l'activité d'assurance, mais également que les excédents éventuellement dégagés par ladite activité ne pourront plus être employés dans des activités sociales non rentables mais au cœur des valeurs mutualistes.

B. Les directives de 1988 et 1990, l'instauration de la libre prestation de services

Les directives 88/357/CEE du 22 juin 1988 et 90/619/CEE du 8 novembre 1990 viennent fixer les dispositions destinées à faciliter l'exercice effectif de la libre prestation de services. Ces directives ont pour objet respectivement de compléter les premières directives 73/239/CEE et 79/267/CEE en fixant « *les dispositions particulières relatives à la libre prestation de services*

16. Point 1. b) de l'article de la directive 73/239/CEE du 24 juillet 1973, publiée au Journal officiel des Communautés européennes, n°L228/3 le 16 août 1973.

pour les entreprises et branches d'assurances visées dans ladite directive »¹⁷.

Ces textes permettent aux entreprises d'assurance de proposer leurs services dans tous les pays de la Communauté Économique Européenne (CEE) et permettent donc aux assurés de choisir un assureur parmi tous les acteurs présents sur le marché commun.

C. Les directives de 1992, la concrétisation du marché unique

Les directives 92/49/CEE du 18 juin 1992 et 92/96/CEE du 10 novembre 1992 viennent à nouveau modifier les directives précédentes pour consolider la création d'un marché unique de l'assurance en Europe.

L'article 3 dispose que « *l'accès aux activités visées par la présente directive est subordonné à l'octroi d'un agrément administratif préalable. Cet agrément doit être sollicité auprès des autorités de l'État membre d'origine* » et est complété par l'article 4 : « *l'agrément est valable pour l'ensemble de la communauté. Il permet à l'entreprise d'y réaliser des activités, soit en régime d'établissement, soit en régime de libre presta-*

tion de services ».

Cela signifie donc que désormais, toute entreprise pratiquant l'activité d'assurance et ayant obtenu un agrément délivré par l'un des États membres peut vendre ses contrats dans n'importe quel pays de la CEE sans obtenir au préalable d'autorisation complémentaire de l'État au sein duquel elle souhaite pratiquer l'activité d'assurance.

L'article 18 vient également détailler les modalités de calcul des provisions techniques, « *selon une méthode actuarielle prospective suffisamment prudente* », ce qui complexifie un peu plus l'administration et la gestion financière des organismes pratiquant l'activité d'assurance, d'autant que l'article 22 impose de nouvelles règles d'investissement en matière d'actifs représentatifs de ces provisions techniques.

Bien que ces directives aient indiqué clairement que « *les États membres adoptent au plus tard le 31 décembre 1993 les dispositions législatives, réglementaires et administratives pour se conformer à la présente directive et les mettent en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 1994* », les mutuelles françaises s'étant mobilisées afin de retarder la transposition de ces directives dans l'espoir de protéger la spécificité mutualiste, ce n'est qu'à la suite de la condamnation de la France par la Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE) pour non-transposition que les mesures nécessaires sont prises et que le Code de la mutualité est

17. Point b) de l'article 1^{er} des directives 88/357/CEE du 22 juin 1988, publiée au Journal officiel des Communautés européennes, n°L171/1 le 4 juillet 1988, et 90/619/CEE du 8 novembre 1990, publiée au Journal officiel des Communautés européennes, n°L330/50 le 29 novembre 1990.

réformé dans l'urgence, en 2001.

Ces nouvelles directives, mais surtout leur transposition au secteur de la mutualité en France, ont des conséquences très importantes : l'aggravation de la concurrence, l'obligation d'obtenir un agrément pour la poursuite de l'activité d'assurance, et des contraintes financières et de contrôle accrues. Tout ceci entraîne des disparitions (organismes n'ayant pas reçu l'agrément), puis des concentrations (rapprochements entre organismes mutualistes sous différentes formes afin d'atteindre une taille critique permettant de faire face aux nouvelles obligations du marché).

Entre 2001 et 2013 en France, dans le secteur de l'assurance complémentaire santé, le nombre des mutuelles a été divisé par trois et le nombre des institutions de prévoyance par deux.

La directive 98/78/CE vient également compléter les directives précédentes en introduisant une notion de surveillance complémentaire dans le cas des groupements d'assurance.

D. La directive 2009/138/CE du 25 novembre 2009, ou directive « Solvabilité II »

La directive 2009/138/CE vient modifier les règles jusqu'à présent applicables en ce qui concerne les règles de solvabilité, de gouvernance et d'obligations

déclaratives pour les organismes d'assurance, en instaurant trois « piliers » :

- le pilier 1 concerne les exigences en capital : le calcul des provisions techniques doit désormais être fait selon la méthode « best estimate » ; un bilan prudentiel doit être établi en valeur de marché ; de nouveaux principes d'allocation et d'exigibilité des actifs sont mis en place ; les notions de « capital minimum requis » et de « capital de solvabilité requis » sont introduites ;
- le pilier 2 concerne la gouvernance : principe des « 4 yeux », c'est-à-dire au moins deux dirigeants effectifs, soit un Président élu et un salarié ; compétence et honorabilité des organes de direction ; instauration des fonctions clés (gestion des risques, audit interne, conformité et actuariat) ; rapport ORSA (own risk and solvency assessment – évaluation interne des risques et de la solvabilité) ;
- le pilier 3 concerne les obligations de reporting : remise de différents états à l'ACPR (trimestriels et annuels) ; diffusion de l'information financière et qualité des données.

Après avoir été repoussée à plusieurs reprises, la directive est finalement entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Là encore il n'a pas été simple pour les mutuelles de se plier à ces nouvelles exigences de plus en plus complexes et qui les ont conduites à augmenter leurs dépenses d'administration pour recruter des spécialistes dont le rôle pourrait s'accroître à l'excès dans

la gouvernance mutualiste, qui appartient aux élus et qui doit continuer de leur appartenir.

E. L'entrée en fiscalité des mutuelles

Jusqu'en 2011, en France, les mutuelles relevant du Livre II du Code de la mutualité et les institutions de prévoyance bénéficiaient d'une fiscalité spécifique et avantageuse. Cette « spécificité mutualiste » ayant été rejetée par la Commission européenne, la loi de finances rectificative de 2011 instaure une entrée en fiscalité progressive des mutuelles et institutions de prévoyance qui deviennent imposables sur l'intégralité de leurs activités (assujettissement à l'impôt sur les sociétés, à la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises et à la contribution économique territoriale).

Cette mesure est vécue comme une injustice par les mutualistes concernés, qui ne comprennent pas pourquoi la solidarité devrait désormais être taxée au même titre que les bénéfices commerciaux des sociétés capitalistes.

F. La tentative non aboutie de création d'un statut européen des mutuelles fondé sur leurs valeurs

F1. Les travaux menés au niveau européen pour une reconnaissance de l'identité des mutuelles et de la nécessité d'un traitement spécifique

Avant même la création de l'Union européenne et la parution des directives propres au secteur de l'assurance, la préoccupation quant à la place des mutuelles au niveau international est présente. Dès les années 50, les mutuelles s'organisent à un niveau international pour défendre leurs intérêts et diverses structures sont créées : l'Association Internationale de la Mutualité (AIM), l'Association des Assureurs Coopératifs et Mutualistes Européens (ACME), l'Association Internationale des Sociétés d'Assurance Mutuelle (AISAM). Ces divers organismes jouent un rôle prépondérant dans l'animation du mouvement mutualiste en Europe.

Depuis les années 90, plusieurs actions ont été menées pour tenter d'obtenir un statut pour les mutuelles, qui permette de reconnaître leur spécificité par rapport aux entreprises d'assurance. Il s'agit d'obtenir la création d'un statut européen de la mutualité et la mise en place d'un régime unifié et transparent, appliqué de façon homogène au sein de toute la communauté européenne, qui fournirait à ces organismes une forme de sécurité face aux enjeux du marché unique et une législation plus cohérente par rapport aux principes fondateurs de solidarité, d'absence de but lucratif et de démocratie qui sont les leurs. Cette législation doit viser à apporter plus de clarté pour les opérateurs économiques traitant avec elles, pour les « consommateurs » et pour les autorités publiques de chaque pays membre.

Dès les années 90, le débat sur la place des mutuelles dans l'Union européenne est lancé. Un projet de règle-

ment pour la création de mutuelles européennes est présenté en 1992 par la Commission européenne. Ce projet restera à l'ordre du jour de l'Union européenne pendant plusieurs années, sans résultats.

Au début des années 2000, le projet de statut européen pour les mutuelles est relancé et les services de la Commission européenne entreprennent de nouveaux travaux sur le sujet. Dans la mesure où les désaccords entre les acteurs mutualistes européens avaient en grande partie contribué au blocage des travaux entrepris dans les années 90, la Commission européenne décide de lancer en 2003 une consultation dont les résultats sont publiés dans le document intitulé « Les mutuelles dans une Europe élargie ». Néanmoins, en 2005, le Président de la Commission européenne, José Manuel Barroso, annonce l'abandon des travaux sur le statut européen des mutuelles. L'Association Internationale de la Mutualité (AIM), l'Association des Assureurs Coopératifs et Mutualistes Européens (ACME) et l'Association Internationale des Sociétés d'Assurance Mutuelle (AISAM) décident alors de s'unir pour rédiger un nouveau projet de texte transmis à la Commission pour maintenir la question du statut européen des mutuelles à l'ordre du jour. Mais le projet reste sans suite.

Le 8 mars 2013, la Commission européenne organise une nouvelle consultation publique afin de recueillir des avis sur cette question et sur l'opportunité de définir juridiquement le statut de la mutualité européenne.

Le 14 mars 2013, le Parlement européen adopte le rapport de Luigi Berlinguer sur le statut de mutuelle européenne et relance ainsi le débat sur le contenu et la forme d'un statut de mutuelle européenne.

Néanmoins, le 16 décembre 2014, lorsque le programme de travail de la Commission européenne pour l'année 2015 est publié, les acteurs du secteur mutualiste ne peuvent que constater, une nouvelle fois, que le statut de mutuelle européenne n'y figure pas.

F2. En France, des tentatives également menées pour un statut européen des mutuelles en opposition à la transposition des directives de 1992

En France, la lutte pour la reconnaissance d'un statut particulier au niveau européen pour les mutuelles s'organise d'abord sous la forme d'une opposition farouche des organismes mutualistes à la transposition en droit national des directives de 1992. Alors même que les directives sont transposées, avec respectivement quelques jours et quelques mois de retard, au Code des assurances et au Code de la Sécurité sociale, la « fronde mutualiste » freine les travaux du Gouvernement français de transposition au Code de la mutualité. Le rapport Rocard, remis au Gouvernement Jospin le 27 mai 1999, a pour but de proposer des solutions permettant de sortir de cette impasse. Il reconnaît la spécificité des mutuelles et tente de proposer des principes (engagement viager, interdiction de tarification

au risque, nature collective de la cotisation) permettant selon lui de préserver le caractère spécifique du contrat mutualiste dans la transposition des directives européennes. Il définit les conditions de l'élaboration d'un projet de loi qui respecterait les règles communautaires de libre prestation de service et de sécurité financière et intégrerait les principes fondateurs de l'action mutualiste.

Ce n'est pas le principe de la transposition qui cristallise le débat, mais la façon dont la transposition est mise en œuvre. Il convient de souligner que la Commission européenne précise à plusieurs reprises que la transposition des directives ne vise pas la perte des particularités des mutuelles. En ce sens, Michel Rocard indique dans le cadre de son rapport que la transposition des directives européennes est, non seulement nécessaire et urgente, mais possible sans pour autant remettre en cause les spécificités de la mutualité. Ainsi, le rapport retient qu'une définition législative des spécificités des mutuelles pourrait permettre de justifier des restrictions aux principes communautaires, notamment à celui de la libre concurrence, en garantissant que la forme juridique de la mutuelle corresponde à un comportement solidaire. La transposition des directives européennes prenant en compte les spécificités mutualistes passerait donc par une refonte du Code de la mutualité affirmant les spécificités des mutuelles. En effet, les spécificités des mutuelles sont peu marquées par les textes législatifs mais le sont surtout par la pratique et par leurs statuts.

Dans le même esprit, d'autres restrictions nationales aux règles européennes pourraient être possibles. C'est le cas notamment des transferts de portefeuille des mutuelles : si ces transferts ne peuvent être limités en faveur des seules mutuelles, il reste que les parties peuvent définir les conditions de ce transfert et ainsi décider d'obliger l'entreprise cessionnaire à respecter les engagements pris par l'entreprise cédante au titre des contrats transférés comme au titre de ses statuts.

Ainsi pour Michel Rocard, les principes mutualistes ne sont pas contraires aux exigences communautaires. Mais la transposition des directives européennes nécessite une refonte du Code de la mutualité permettant d'affirmer et de conserver les spécificités des mutuelles.

La France est cependant condamnée le 16 décembre 1999 par la Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE) pour ne pas avoir transposé les directives concernant les institutions régies par le Code de la mutualité. Le 21 mars 2000, la Commission européenne engage une procédure de « manquement sur manquement » : une mise en demeure de se mettre en règle à échéance du 5 juin 2000 est adressée au Gouvernement français. Enfin, le 28 juillet 2000, la Commission européenne, constatant la carence persistante de la France, lui fait parvenir un « avis motivé », c'est-à-dire une injonction de se soumettre sous peine de lourdes sanctions financières quotidiennes.

Estimant qu'il ne pouvait plus se permettre de retarder les nécessaires travaux de transposition au Code de la mutualité, le Gouvernement français procède par ordonnance le 19 avril 2001 : cette ordonnance 2001-350 réécrit totalement le Code de la mutualité, afin de le mettre en phase avec les directives européennes.

Il y aurait beaucoup à dire sur la manière dont la Commission impose son pouvoir à un État souverain, comme sur la manière dont un État souverain accepte les injonctions de la Commission, dans un domaine qui relève non pas de l'économie mais de la santé et plus largement de la culture sociale française.

Il y aurait beaucoup à dire sur la manière dont la question de la reconnaissance des mutuelles françaises a été et reste abordée entre Paris et Bruxelles. La Commission européenne a répondu aux demandes de reconnaissance en engageant puis en abandonnant la définition de ce que devait être une mutuelle européenne. En réalité, cette chimère technocratique n'avait aucune chance de voir le jour : parce que la Commission cherchait ou disait chercher la synthèse entre les divers types de mutuelles existantes en Europe et qui n'ont en commun que le nom.

Rien de commun en effet entre une mutuelle française, financée par ses adhérents et ayant pour objet de fournir des prestations complémentaires santé à la Sécurité sociale, et d'autre part une mutuelle allemande, ayant pour objet la gestion des fonds publics de la

Sécurité sociale et n'ayant pas le droit de proposer des prestations complémentaires santé. Rien de commun entre ces deux types d'organismes et les mutuelles alternatives du Royaume-Uni, ainsi dénommées parce que leur objet principal est de fournir aux citoyens une alternative (et non un complément) au système public de santé. Le projet de statut de mutuelle européenne était ainsi dans une impasse conceptuelle. Il n'en est jamais sorti.

Si la Commission n'a pas considéré que cette approche généralisante ne convenait pas, c'est sans doute d'abord parce qu'elle s'estime faite pour penser uniformément sur toute l'Europe et en toutes choses.

En fin de compte la Commission a affirmé en même temps la priorité du marché unique et le refus de prendre en compte la biodiversité sociale, dont les mutuelles complémentaires santé en France constituent un des exemples les plus significatifs.

Les États européens ne l'ont pas empêchée de poursuivre dans cette ligne.

DEUXIÈME PARTIE

LES MUTUELLES DE LA FONCTION

PUBLIQUE D'ÉTAT, VICTIMES

EMBLÉMATIQUES, MAIS FORCES

POSSIBLES DE RECONQUÊTE

Les mutuelles des agents de la fonction publique d'État ont tenu une place éminente dans l'histoire de la mutualité après la Seconde Guerre mondiale, tant par leur importance en nombre d'adhérents et en capacité politique d'intervention que par la force du soutien qu'elles ont reçu de l'État sous diverses formes.

Elles n'en ont été que plus touchées par les évolutions négatives pour la mutualité, de la politique de l'Union européenne. Néanmoins, elles sont encore là. Elles sont encore fortes. Elles le sont d'autant plus qu'elles continuent de porter les valeurs morales de la solidarité entre les personnes, entre ceux qui ont plus et ceux qui ont moins, et qui, en se réunissant sur le champ professionnel d'un ministère, cherchent ensemble une manière de se couvrir à égalité devant la maladie et ses conséquences.

Les trois fonctions publiques (État, territoriale, hospitalière) comptaient début 2018, 5,526 millions de personnes. C'est-à-dire une personne active en emploi sur cinq dans le pays qui comptait, tous secteurs confondus, 27 millions d'actifs ayant un emploi. Dans

les fonctions publiques, 2,45 millions travaillent dans la fonction publique d'État, 1,902 million dans la fonction publique territoriale et 1,173 million dans la fonction publique hospitalière.

Les agents de la fonction publique d'État sont très largement couverts par des mutuelles organisées ministère par ministère.

Ces mutuelles historiques offrent à leurs adhérents une couverture santé couplée à des garanties de prévoyance. Elles offrent généralement une couverture dépendance optionnelle. Les plus importantes d'entre elles conduisent parallèlement une action sociale diversifiée, qui comporte notamment la création et la gestion d'établissements de santé.

Elles ont été très affectées par les taxes et impôts qui leur ont été appliqués, alors qu'elles en étaient exemptées ; elles ont été mises en difficulté par l'institution de la procédure de référencement, qui, contre des aides financières marginales, les a privées d'une grande part de leurs libertés et les a mises au risque d'être exclues de leur ministère de compétence ; enfin, elles continuent d'être gênées par la lourdeur croissante des formalités administratives et des obligations financières qui ne sont pas adaptées à la réalité mutualiste.

I.

Le référencement

La mise en place de la procédure de référencement

L'État, dès 1949, s'était donné la possibilité de contribuer à la couverture des risques sociaux de ses agents par une subvention aux mutuelles de fonctionnaires pouvant aller jusqu'à 25 % des cotisations de leurs membres. Cette disposition, mise effectivement en œuvre à partir de 1952, a été pérennisée par l'arrêté du 19 septembre 1962, dit arrêté « Chazelle », définissant la portée de l'article R. 523-2 de l'ancien Code de la mutualité. Cet article dispose que : « *[l]'État peut accorder aux mutuelles constituées entre les fonctionnaires, agents et employés de l'État et des établissements publics nationaux des subventions destinées notamment à développer leur action sociale et, dans*

les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité et du ministre chargé des finances, à participer à la couverture des risques sociaux assurée par ces mutuelles »¹⁸.

Dans ce cadre, la participation étatique de la couverture des risques sociaux de ses agents s'élève au maximum à 25 % des cotisations effectivement versées par les membres participants aux mutuelles de la fonction publique. Si cet arrêté prévoit la possibilité d'une participation de l'État jusqu'à 25 %, cette aide, en fait atteint en moyenne 5 % dans les années 2000¹⁹. C'est dans ce cadre que jusqu'en 2005, l'État verse des subventions aux mutuelles de fonctionnaires.

Ce dispositif a été invalidé le 26 septembre 2005 par le Conseil d'État qui, saisi par un organisme dénommé « Mutuelle Générale des Services Publics », a considéré qu'il produisait une différence de traitement entre des personnes et des organismes placés dans la même situation sans que cela ne soit justifié par des motifs d'intérêt général. En effet, ces dispositions réservaient

18. Arrêt du Conseil d'État, 1^{re} et 6^e sous-sections réunies, du 26 septembre 2005, n°262282, publié au recueil Lebon. Disponible sur : www.legifrance.fr. Consulté le 10 février 2020.

19. Chiffre indiqué à plusieurs reprises par le ministère de la Fonction publique à la suite d'une étude du cabinet Bernard Brunhes consultants. À titre d'exemple, ce chiffre est rappelé par le ministère de la Fonction publique dans le cadre de la réponse apportée à la question écrite n°22006 de Mme Esther SITTLET s'agissant de la « Situation financière des mutuelles de la fonction publique », réponse publiée dans le JO Sénat du 27 avril 2006, page 1222. Disponible sur : www.senat.fr. Consulté le 12 février 2020.

l'attribution des subventions aux seules mutuelles exclusivement constituées d'agents publics, excluant par la même les mutuelles accueillant également d'autres catégories d'adhérents. Le Conseil d'État a donc requis l'abrogation de l'arrêté Chazelle par le Gouvernement avant le mois de mars 2006.

Entre temps, le 20 juillet 2005, la Commission européenne, considérant que ces subventions étaient susceptibles de constituer une aide d'État incompatible avec le marché commun et de fausser les règles de la concurrence prescrites par les directives communautaires de 1992 s'agissant de l'assurance vie et de l'assurance non-vie²⁰, a enjoint à l'État français de prendre des mesures visant à mieux articuler la participation financière étatique concernant la Protection sociale complémentaire de ses agents publics actifs et retraités, afin que celle-ci soit conforme au marché commun.

Ni la Commission européenne ni le Conseil d'État ne remettent en cause le principe même de la participation de l'employeur public à la Protection sociale complémentaire de ses agents. C'est la façon dont cette

participation est mise en œuvre qui pose question, d'où la nécessité d'une adaptation du cadre juridique de cette participation. L'arrêté Chazelle est ainsi abrogé le 13 juin 2006²¹.

L'abrogation de l'arrêté Chazelle ne s'est pourtant pas accompagnée immédiatement d'un nouveau dispositif, laissant la Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique dans un flou juridique.

Le 8 juin 2006, Jacques Chirac, alors Président de la République, déclarait lors du 38^e congrès de la Mutualité Française qu'un nouveau dispositif serait défini et qu'un support législatif serait mis en place afin de garantir la participation de l'État-employeur à la Protection sociale complémentaire de ses agents actifs et retraités solidairement. C'est donc une valeur phare de la mutualité qui était mise en avant.

À ce titre, Christian Jacob, alors ministre de la Fonction publique, indiquait que la volonté du Gouvernement s'agissant de la Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique, consistait dans la définition d'« *un cadre juridique et comptable permettant de maintenir la participation de l'employeur public en*

20. Directive 92/96/CEE portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe sur la vie, et modifiant les directives 79/267/CEE et 90/619/CEE (troisième directive assurance vie), du 10 novembre. Journal officiel des Communautés européennes, n°L360/1 le 9 décembre 1992. Consulté le 11 février 2020.

Directive 92/49/CEE portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie et modifiant les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE (troisième directive «assurance non vie»), du 18 juin 1992. Journal officiel des Communautés européennes, n°L228/1 le 11 août 1992. Consulté le 11 février 2020.

21. Arrêté du 13 juin 2006 portant abrogation de l'arrêté du 19 septembre 1962 relatif aux conditions de la participation de l'État à la couverture des risques sociaux assurés par les sociétés mutualistes constituées entre les fonctionnaires, agents et employés de l'État et des établissements publics nationaux. Journal officiel de la République Française, n°136 du 14 juin 2006, page 8965 texte n°33. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr. Consulté le 11 février 2020.

faveur des mutuelles »²².

Pourtant, si le projet de loi de modernisation de la fonction publique adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, propose une disposition permettant la participation financière de l'employeur public à la Protection sociale complémentaire des agents publics, il ne s'attache pas à la nature de l'organisme de Protection sociale mais aux contrats ou aux règlements pour lesquels la participation de l'employeur public est possible.

Cette disposition est considérée comme offrant une base légale, conforme au droit communautaire, à la participation financière de l'employeur public à la Protection sociale complémentaire à laquelle souscrivent ses agents. Elle est adoptée sans modification.

La loi de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007 entraîne l'insertion d'un article 22 bis dans la loi du 13 juillet 1983, dite loi « Le Pors », relative aux droits et obligations des fonctionnaires prévoyant ainsi un nouveau cadre dans lequel la participation financière de l'employeur public à la Protection sociale complémentaire de ses agents fonctionnaire est possible. Cette participation est conditionnée à la mise

22. Rapport n°3173 de M. Jacques Alain BENISTI, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'Administration générale de la République sur le projet de loi (n°3134), de modernisation de la fonction publique, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 juin 2006. Disponible sur : www.assemblee-nationale.fr. Consulté le 11 février 2020.

en œuvre effective des transferts de solidarité. Par extension via la loi du 11 janvier 1984, la participation concerne également les agents non titulaires de droit public.

Pour la fonction publique d'État, c'est le décret d'application n°2007-1373 du 19 septembre 2007 qui met en place le système de référencement existant aujourd'hui. Le référencement prévoit la mise en concurrence des organismes de Protection sociale, par appel d'offre de chaque ministère, pour la couverture des agents publics actifs et retraités dudit ministère.

La procédure de référencement

La mise en place de la participation est décrite par le décret précité du 19 septembre 2007. Celui-ci prévoit que la participation étatique au financement de la Protection sociale complémentaire de ses agents s'applique à l'ensemble des fonctionnaires et des agents de droit public de l'État. Une série de six arrêtés, en date du 19 décembre 2007, précise les conditions de cette participation financière étatique, pour une première période de sept ans pouvant être portée à huit ans. La première période de référencement court ainsi de 2008 à 2015. Elle sera prorogée jusqu'à fin 2016. La seconde vague de référencement est précédée par la circulaire de la Direction Générale de l'Administration de la Fonction Publique (DGAFP) et de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), en date du 27 juin 2016, qui

est beaucoup plus contraignante pour les mutuelles ; elle est aussi beaucoup plus incitative au multi-référencement, c'est-à-dire à la réduction de la place des mutuelles historiques créées et gérées par les agents eux-mêmes dans chaque ministère.

Si historiquement chaque type d'organisme dispose d'un champ d'action privilégié – les mutuelles de la fonction publique d'État couvrant quasi seules les ministères – l'article 3 du décret du 19 septembre 2007 prévoit que les mutuelles et unions de mutuelles mais aussi les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance soient susceptibles d'être choisies par l'employeur pour la mise en place des garanties donnant lieu à la participation de ce dernier. En effet, sous l'influence du droit communautaire et au titre du droit de la concurrence, le champ d'action de ses acteurs tend à se diversifier entraînant de fait une concurrence entre eux. Néanmoins, si chacun de ces organismes peut être référencé, cette qualité lui est retirée au terme de la convention et en l'absence de renouvellement, mais aussi s'il ne respecte plus ses obligations.

Il résulte de l'ensemble des textes précités que la participation de l'employeur est aussi conditionnée par le couplage des risques²³. Ainsi, pour pouvoir faire l'objet d'un référencement le contrat ou le règlement proposé

23. Article 2 du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels.

par un organisme doit couvrir à la fois le risque santé et le risque prévoyance.

Le risque santé s'entend des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne et liés à la maternité, quand le risque prévoyance s'entend des risques d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès. Un taux minimal a été fixé pour chacune de ces couvertures²⁴.

Le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 prévoit les modalités permettant à un contrat ou à un règlement de faire l'objet d'un référencement.

La mise en œuvre du référencement résulte d'un appel public à la concurrence par l'employeur²⁵. Cet appel public à la concurrence doit être publié dans l'espace européen dès lors que le montant annuel de la participation dépasse 100 000€²⁶.

Dans le cadre de cet appel d'offres, chaque employeur ministériel définit son cahier des charges auquel les or-

24. Arrêté du 19 décembre 2007 pris en application de l'article 23 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels, s'agissant du risque santé Articles 24, 25 et 26 du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007, s'agissant des risques incapacité de travail, invalidité et décès.

25. Chapitre II du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007.

26. Article 1 de l'arrêté du 19 décembre 2007 relatif à l'avis d'appel public à la concurrence publié au Journal officiel de l'Union européenne pour le choix des organismes de référence par l'employeur public.

ganismes devront répondre en proposant une offre. Par conséquent, il convient de le souligner, la procédure de référencement produit nécessairement des inégalités entre les ministères, dans le niveau de couverture des agents de la fonction publique d'État. C'est une des raisons pour lesquelles le dispositif de référencement est critiqué en 2012 par la Cour des comptes : le Premier président de la Cour des comptes, Monsieur Didier Migaud, notera que la procédure de référencement n'a pas conduit à une égalité de traitement entre les agents. Il indique au contraire que cette procédure a consolidé les disparités de couverture dans la mesure où chaque ministère élabore son propre cahier des charges : autant il y a de ministères, autant de cahiers des charges sont possibles²⁷.

Dans le cadre du référencement, le choix de l'offre retenue par l'employeur se fonde sur plusieurs critères²⁸ :

- le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
- le degré effectif de la solidarité intergénérationnelle, familiale et contributive (en fonction de la rémunération) ;
- la maîtrise financière du dispositif ;
- les moyens visant à assurer une couverture des

27. Ils sont 16 en 2020. D'après la composition du Gouvernement présentée par ce dernier. Disponible sur : www.gouvernement.fr. Consulté le 6 février 2020.

28. Article 9 du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007.

- plus âgés et des plus exposés aux risques ;
- tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de la population intéressée.

L'article 107 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne interdit explicitement les aides accordées par l'État dès lors qu'elles seraient incompatibles avec le marché intérieur et conduiraient à fausser ou à menacer de fausser la concurrence. Néanmoins, ce même article précise que les aides à caractère social sont compatibles avec le marché intérieur dès lors qu'elles sont accordées sans discrimination liée à l'origine des produits²⁹.

À ce titre, la loi Le Pors de 1983 dispose que la participation de l'employeur public à la Protection sociale complémentaire de ses agents « *est réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités.*³⁰ ». Ainsi, le décret du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses éta-

29. Point 2. a) de l'article 107 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. Journal officiel de l'Union européenne, C326/47 du 26 octobre 2012, page 3334. Consulté le 6 février 2020.

Article déjà présent dans le Traité instituant la Communauté Économique Européenne en 1957 (article 92). Consulté le 6 février 2020.

30. Point II de l'article 22 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. Version consolidée au 4 février 2020. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr. Consulté le 4 février 2020.

blissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels fait directement référence à cet article et précise que cette participation n'est possible que s'agissant de règlements ou contrats « garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, agents et retraités ».³¹

Pour être référencée, l'offre proposée par les organismes complémentaires doit donc nécessairement respecter des principes de solidarité. Ces principes sont définis au chapitre IV du décret du 19 septembre 2007.

Intervenant dans le cadre de la seconde vague de référencement, la circulaire du 27 juin 2016 n'a pas opéré de changements s'agissant de la participation financière de l'État-employeur et s'est attachée avant tout à expliciter les principes du décret du 19 septembre 2007 :

- le caractère facultatif de l'adhésion des agents publics ;
- l'obligation du couplage des garanties santé et prévoyance cette dernière n'incluant pas la dépendance, qui peut faire l'objet d'un contrat facultatif n'entrant pas dans le champ du référencement ;
- le versement de la participation étatique à l'organisme de référence et non aux agents ;

31. Article 1 du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007.

- l'importance des mécanismes de solidarité à mettre en œuvre ;
- le niveau minimal des garanties à prévoir.

En réalité, l'objectif principal de cette circulaire était de recommander le référencement de plusieurs organismes dans chaque ministère, c'est-à-dire de mettre fin à la présence unique des mutuelles historiques, ce qui pouvait aller jusqu'à les exclure du référencement. C'était aller dans le sens de la Cour des comptes qui, dès son référé du 21 février 2012 précité, avait indiqué que la procédure de référencement, telle qu'elle avait été conduite dans sa première vague n'avait pas entraîné une véritable mise en concurrence des organismes de la Protection sociale complémentaire, en ne garantissant pas suffisamment les principes de transparence et de non-discrimination nécessaires à la mise en place de l'égalité de traitement des candidats. De fait, le Premier président de la Cour des comptes, Monsieur Didier Migaud, estimait alors que cette première vague avait favorisé un statu quo, en référençant presque uniquement les mutuelles historiques de la fonction publique d'État.

Dans ce contexte, l'annexe II de la circulaire précise la façon dont doit être défini le cahier des charges par le ministère ; l'annexe III précise les étapes de la procédure de référencement. La circulaire déclare que ces annexes visent à donner aux employeurs publics les outils leur permettant de respecter les principes de transparence et de non-discrimination permettant

une réelle mise en concurrence des organismes. En réalité, elle invite les ministères à établir eux-mêmes le tableau des prestations minimum que les organismes référencés devront fournir.

La circulaire souligne que le référencement peut être unique ou multiple. Dès lors qu'un organisme unique est référencé, l'aide de l'employeur n'est possible qu'à l'égard du seul contrat prévu dans le cadre du référencement. En cas de référencement multiple, les contrats fournis par chacun des organismes peuvent bénéficier de l'aide financière de l'État-employeur.

L'aide financière de l'employeur est versée directement par le ministère aux organismes référencés. Le montant de cette participation est déterminé annuellement par le ministère, puis attribué à l'organisme référencé ou réparti entre les différents opérateurs référencés en fonction du nombre effectif d'agents affiliés au dispositif.

Si aucune participation minimale n'est exigée, elle ne peut pas excéder le montant des transferts de solidarité³²

32. Les transferts de solidarité intergénérationnels et familiaux étant, pour une population donnée, la différence entre les prestations versées et les cotisations perçues. Les prestations versées sont majorées des provisions techniques et minorées des reprises de ces provisions. Elles sont également majorées d'un forfait de gestion fixé à 10 %. Les cotisations, quant à elles, sont minorées de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance. Elles sont également minorées de la dotation à la provision pour cotisations non acquises puis majorées de la reprise de cette provision. Les transferts de solidarité sont définis par l'arrêté du 19 décembre 2007 relatif à la répartition de la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels.

effectivement mis en œuvre par le ou les organismes référencés. En cas de référencement multiple, le montant global de la participation de l'employeur est réparti entre les organismes référencés au prorata des transferts effectifs de solidarité opérés.

Force est de constater que le choix de la procédure de référencement en 2007 n'a pas suscité de réaction parmi les dirigeants des mutuelles de la fonction publique à l'exception de deux de leurs responsables, dont les objections n'ont pas suffi à l'époque.

Il est vrai que seules les mutuelles de la fonction publique d'État étaient concernées par le référencement. De leur côté, les mutuelles de la fonction publique territoriale étaient déjà informées qu'elles bénéficieraient d'une réglementation plus souple en ce qui concerne l'aide financière des collectivités locales. Les mutuelles de la fonction publique hospitalière, ne recevant pas d'aide financière et n'en attendant pas, n'avaient pas à se soucier d'une réglementation nouvelle sur ce point.

Les deux responsables précités constataient que la procédure du référencement pour les mutuelles de la fonction publique d'État était aussi lourde que contraignante. Ils observaient qu'elle aurait probablement pour résultat de faciliter l'action des organismes concurrents dans le champ ministériel historique de chaque mutuelle. Soulignant en outre – c'était un point essentiel – que chaque mutuelle étant constituée par et pour les agents

dans chaque ministère, ils remarquaient que vouloir imposer par appel d'offres à ces agents un organisme extérieur, revenait à mettre en cause le choix historique des agents et à prétendre pour cela que des organismes extérieurs étaient mieux à même de les protéger que leur propre mutuelle créée et gérée par eux et pour eux. Il y avait là une manière de voir et de faire aussi absurde qu'inacceptable.

La circulaire aggravante du 27 juin 2016 précitée n'a pas non plus suscité de réactions publiques de la part des mutuelles de la fonction publique d'État, qui, il est vrai, se trouvaient déjà fort occupées à répondre dans un délai contraint et dans un climat anxiogène, aux appels d'offres des ministères, mis au point et gérés par des cabinets de conseils. Les mutuelles avaient d'ailleurs compris en 2016 que leurs observations ou requêtes ne seraient pas entendues.

Les conséquences du référencement

Le référencement a des conséquences négatives pour les mutuelles historiques de la fonction publique d'État et à travers elles, pour les agents eux-mêmes.

- À l'occasion d'un examen des aides publiques destinées au financement de la couverture complémentaire des assurés sociaux la Cour des comptes a analysé les conditions dans lesquelles l'État a en-

trepris de reformer le soutien qu'il apporte dans ce domaine à ses propres agents. Cette analyse a donné lieu au référé, précité de 2012 qu'elle a adressé à quatre des ministres principalement concernés. Dans ce référé la Cour porte un jugement négatif sur la procédure de référencement dans la mesure où **l'aide apportée par l'État est à la fois modeste et inéquitable**, par construction, puisque différente selon les ministères.

La Cour précise que la participation de l'État est de l'ordre de cinquante millions d'euros tous ministères confondus, somme qui semble particulièrement modeste eu égard à la participation financière des entreprises à la couverture complémentaire des salariés du secteur privé. Il souligne également que cette somme est très inégalement répartie entre ministères puisque, à titre d'exemple, ce sont six euros qui sont consacrés par agent et par an aux agents du Ministère de l'Éducation nationale contre cent-vingt euros s'agissant des agents du ministère des Affaires Étrangères³³. Pourtant, sept ans plus tard, le montant des sommes allouées à la Protection sociale complémentaire des agents de l'État a diminué.

À ce titre, le rapport inter-inspections de juillet 2019 indique que si les aides d'État étaient de l'ordre de

33. Ce montant rapporté au nombre de bénéficiaires, soit les agents et leur famille, correspond à soixante euros par personne et par an.

quatre-vingts millions d'euros par an jusqu'en 2006 et de l'ordre de quarante-six millions d'euros par an pendant le premier référencement intervenu en 2008, le montant des aides prévues dans le cadre du deuxième référencement n'est plus que de l'ordre de vingt-huit millions d'euros³⁴. À ce titre, il y a lieu de souligner que le niveau de participation entre les deux référencements, bien que faible, n'a été maintenu que par trois ministères : le ministère de la Culture, le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères et le ministère des Armées.

Il convient par ailleurs de rappeler que le ministère de l'Intérieur n'a pas mis en place de convention de référencement, ce dont finalement les mutuelles concernées, à commencer par la Mutuelle Générale de la Police (MGP), ne peuvent que se satisfaire puisqu'elles n'ont pas eu à restreindre leur liberté mutualiste touchant les prestations et les cotisations, en contrepartie d'une « aide financière » non déterminante.

- L'obligation faite aux organismes référencés concernant le couplage santé-prévoyance pose également la question de leur avantage compétitif. Pour des personnels dont la préoccupation principale est d'être bien couverts en matière de santé stricto sensu, et dont l'employeur ne participe que très modestement au financement de cette couver-

ture, le coût supplémentaire des garanties de prévoyance obligatoires peut parfois s'avérer dissuasif à l'adhésion ou à sa poursuite. En effet, si l'on compare l'offre référencée, qui comporte en plus des garanties de complémentaire santé, des garanties de prévoyance obligatoires portant sur le décès, l'invalidité permanente et absolue et la perte de traitement en cas de longue maladie, à une offre de complémentaire santé « simple » telle que la proposent d'autres organismes non mutualistes du secteur, ces personnels peuvent parfois avoir l'impression que l'offre référencée est plus onéreuse que la moyenne du marché, sans parfois avoir bien conscience que celle-ci comporte des garanties de prévoyance non comprises dans les offres avec lesquelles ils la comparent.

Il semble d'ailleurs étonnant de la part de l'État-employeur qui finance si peu la Protection sociale complémentaire de ses agents, de les obliger, dans l'offre qu'il « négocie » pour eux, à souscrire à un tel niveau de garanties.

Le choix des agents peut porter alors sur des offres ayant un tarif très attractif, sans tenir réellement compte des garanties offertes et des niveaux de couverture, et par là même de s'écarter des offres que les mutuelles référencées sont obligées de faire, en application des prescriptions réglementaires du référencement.

34. D'après les montants prévisionnels inscrits dans les cahiers des charges.

Si le premier référencement en 2008 a peu modifié la situation des mutuelles de la fonction publique d'État dans leurs ministères respectifs, le deuxième référencement en 2016 a provoqué des changements qui ont conduit la presse à parler de « secousse ».

- La conséquence la plus visible dans l'opinion publique lors de la seconde vague de référencement est **le référencement de plusieurs organismes** dans la plupart des ministères. On a vu de nouvelles mutuelles obtenir le référencement en même temps que la mutuelle historique, après qu'elles se sont portées candidates à l'appel d'offres des ministères sans tenir compte des engagements de respect réciproque pris au sein de la Mutualité Fonction Publique (MFP). On a même vu une mutuelle historique écartée du référencement : c'est le traitement injuste qui a été infligé à la Mutuelle du Ministère de la Justice (MMJ). On a vu des sociétés d'assurance à capitaux privés répondre aux appels d'offres et être référencées, soit en tant que telles, soit associées à une mutuelle de la fonction publique extérieure au ministère concerné. On a vu ainsi le multi-référencement prendre place aux ministères de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur, c'est-à-dire au cœur de l'histoire mutualiste incarnée par la MGEN. **Seules deux mutuelles historiques ont été retenues, en tant qu'organisme unique référencé, dans leur ministère respectif : la Mutuelle Générale de l'Économie et des Finances (MGEFI) et la Mu-**

tuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE).

Le bilan du dernier référencement par les inspections générales dénonce la fragilisation du dispositif due à une concurrence accrue. En effet, les multi-référencements par les ministères, rares au cours du premier référencement, sont nettement plus nombreux dans le cadre du second référencement : dix organismes référencés au premier référencement et seize au second.

Le multi-référencement entraîne une segmentation du périmètre de mutualisation des risques. Il induit aussi un choix de couverture d'autant plus complexe pour les agents qu'ils ont à faire à une multiplicité d'acteurs.

La participation financière des ministères à la Protection sociale complémentaire de leurs agents est répartie entre les organismes référencés au prorata des transferts effectifs de solidarité opérés. Dans ce cadre, le multi-référencement, en segmentant la mutualisation des risques, réduit les transferts de solidarité et limite le versement réel de cette participation. Certains ministères ont même dû renoncer à délivrer des aides aux organismes référencés et, à travers eux, aux agents : dans la mesure où les agents ayant opté pour les formules de couverture figurant dans les multiples offres référencées retenues, ne sont pas assez nombreux sur chaque contrat pour que les transferts de solidarité puissent prendre forme effective, ce sont vingt-et-un millions d'euros prévus pour la Protection sociale com-

plémentaire des agents, qui n'ont pas pu être versés. Le multi-référencement a ainsi eu des effets négatifs sur le versement effectif de la participation financière étatique à la Protection sociale complémentaire de ses agents. Le multi-référencement a eu des conséquences néfastes pour les mutuelles historiques constituées dans chaque ministère par les agents eux-mêmes, en organisant officiellement l'introduction au ministère d'un ou de plusieurs organismes extérieurs, en encourageant à l'esprit de marché. Les agents de l'État n'en ont pas profité.

- L'autre conséquence principale du référencement, et peut-être la plus grave, réside dans le fait que les ministères ne se sont pas limités à donner des orientations et à fournir des critères de solidarité à respecter, comme dans le premier référencement qui était déjà pourtant contraignant pour les mutuelles. Ils ont, lors du second référencement, écrit de bout en bout le cahier des charges, c'est-à-dire le tableau des prestations à fournir aux adhérents. Largement externalisée, cette écriture a relevé de cabinets privés qui, ignorant ou négligeant les spécificités des agents du ministère concerné, ont mis en place des cahiers des charges inadaptés aux choix des agents tels qu'exprimés traditionnellement par leur assemblée générale.

L'appel d'offres pour ce deuxième référencement a imposé aux organismes candidats, l'obligation de fournir **au moins trois niveaux de prestations**, impliquant

trois niveaux de cotisations. Les mutuelles qui auraient voulu, dans l'idéal mutualiste, continuer à présenter une seule formule de prestations impliquant une seule formule de cotisations, ne l'ont pas pu. Certes, la plupart des mutuelles de la fonction publique d'État pratiquait déjà des offres à plusieurs niveaux. Mais la nouveauté de l'appel d'offres de 2016 était que les prestations à chaque niveau étaient désormais **fixées par le ministère**. La nouveauté était aussi que désormais, les mutuelles avaient non plus la possibilité mais l'obligation de présenter plusieurs formules. De plus, celles-ci étaient fixées pour la période de référencement – sept ou huit ans – et ne pouvait être modifiées qu'avec l'accord du ministère.

C'est de cette manière que dans le référencement de 2016, les mutuelles historiques de la fonction publique d'État ont été privées de l'exercice de **leur liberté de définir les prestations** : on les a privées d'abord de leur liberté de choisir au moment du référencement les prestations les plus adaptées aux attentes de leurs adhérents, ensuite de leur liberté de faire évoluer les prestations en fonction des besoins de ces mêmes adhérents. Confrontées à l'appel d'offres comme tout autre organisme, pour obtenir ou assurer leur accès à ce que l'on appelle le « marché de la santé » dans leur propre ministère, les mutuelles ministérielles ont donc d'abord dû, en tout cas sur le plan technique, se distinguer par le niveau des cotisations. Les conséquences d'une telle approche sont d'autant plus néfastes que certains organismes extérieurs peuvent être amenés à

faire des offres à perte, ne correspondant pas à leur modèle économique, dans le but d'entrer dans le secteur puis d'écarter les mutuelles historiques, afin de pouvoir par la suite imposer les cotisations leur convenant.

Ces jeux économiques et de pouvoir compromettent l'avenir de la couverture santé des agents de l'État, alors que les mutuelles en assuraient la pérennité dans les meilleures conditions possibles. L'encouragement européen à ces comportements de marché est contraire à l'esprit de la mutualité et constitue une atteinte à la liberté historique des mutuelles et aux valeurs de solidarité qu'elles servent sans but lucratif, et qui sont aussi celles de l'égalité et de la fraternité.

La question particulière de la relation entre les mutuelles et les syndicats

La question particulière des relations entre les mutuelles et les syndicats a pris une importance nouvelle dans le contexte du référencement, puisque les syndicats, du moins certains, ont participé à la réflexion de l'administration sur le référencement ; ils ont pu, dans certains ministères, être entendus sur la nature des prestations à demander, puis être associés aux comités de suivi mis en place au titre des conventions de référencement, comme l'avait d'ailleurs recommandé la circulaire précitée du 27 juin 2016.

D'une manière générale, les syndicats interviennent de plus en plus pour donner avis aux autorités de l'État sur la Protection sociale complémentaire. Les mutuelles ont donc besoin que les syndicats, lorsqu'ils prennent position sur la Protection sociale complémentaire, le fassent dans un sens positif pour elles. Les travaux menés sur ce sujet par la Fédération des Mutuelles de la Fonction Publique avec les grandes organisations syndicales nationales, ont donné lieu récemment à une déclaration unitaire signée le 7 février 2020, qui manifeste la meilleure volonté de coopération mais ne se prononce pas sur la manière de traiter les aides de l'État. De ce fait, elle est insuffisante pour les mutuelles de la fonction publique d'État, puisqu'elle ne dit pas comment leur mission pourrait être confortée.

La dernière initiative de la Mutualité Fonction Publique sur ce sujet, donne même le sentiment qu'elle hésite sur l'avenir : en effet, le questionnaire qu'elle adresse aux mutuelles de la fonction publique, par lettre du 30 mars 2020, ne contient aucune question ouvrant concrètement sur des formules satisfaisantes pour ces mutuelles. Ce questionnaire n'évoque pas les exonérations fiscales à revendiquer. Il n'interroge pas non plus sur les aides directes aux mutualistes qui constitueraient pourtant une solution intéressante. Il n'écartera pas non plus toute hypothèse de contrat collectif, alors que pourtant le contrat collectif est contraire à l'esprit de liberté et de responsabilité des mutuelles de la fonction publique d'État, qu'il soit obligatoire ou à

adhésion volontaire.

L'intervention des syndicats est légitime, puisque la loi n°83-634 du 13 juillet 1983, dite loi Le Pors, dispose en son article 8 que les organisations syndicales de fonctionnaires ont qualité pour participer avec les autorités compétentes, aux négociations relatives « à l'action sociale et à la Protection sociale complémentaire ». L'article 9 de la même loi, qui promeut l'idée de la participation des fonctionnaires à l'élaboration des mesures les concernant, précise que cette participation se fait par « l'intermédiaire de leurs délégués siégeant dans les organismes consultatifs ».

Il en résulte une forme d'ambiguïté : l'employeur public a en effet, depuis lors, deux interlocuteurs pour la Protection sociale complémentaire, d'une part les organismes de Protection sociale complémentaire, d'autre part les syndicats dans leur mission générale.

Dans la fonction publique d'État, où les mutuelles créées et gérées par les agents tiennent une place essentielle, l'administration a naturellement pris en compte leur légitimité opérationnelle et légale. Mais après la mise en cause de cette relation privilégiée, par le dispositif de référencement par appel d'offres édicté en 2007, les syndicats, s'appuyant sur la loi Le Pors, ont été portés à s'intéresser davantage à la problématique de la Protection sociale dans les ministères. Ils l'ont fait sous forme de questions, de critiques ou de propositions, adressées à l'administration, sans d'ailleurs que

certains d'entre eux parviennent toujours à écarter la tentation de faire de leur mission consultative particulière en ce domaine, un moyen de propagande.

Il reste qu'en matière de Protection sociale au sein des ministères, le rôle des syndicats est bien consultatif, tandis que celui des mutuelles est opérationnel. Il est facile de les distinguer. L'administration française a les qualités qu'il faut pour faire cette distinction et l'assumer. À cet égard, chacun doit avoir à l'esprit que les agents de l'État lorsqu'ils sont mutualistes, élisent des représentants qui sont chargés de gouverner et administrer leur mutuelle : en tant que membres adhérents de leur mutuelle, les agents n'ont pas d'autres représentants que les élus mutualistes à l'assemblée générale et au conseil d'administration de leur mutuelle. Il importe naturellement que les autorités de chaque ministère maintiennent cette règle, et veillent à ce que la grande œuvre historique des mutuelles soit respectée, encouragée et soutenue.

Les syndicats souhaitent certes, comme les mutuelles, que les agents de la fonction publique d'État reçoivent la meilleure couverture santé-prévoyance possible. Mais selon la manière dont ils avancent vers cet objectif, ils peuvent aider les mutuelles dans leur action ou au contraire les gêner voire risquer de les exclure de leur propre champ. C'est ainsi par exemple que lorsque les syndicats demandent des subventions fortes pour la

couverture complémentaire des agents, il importe aux yeux des mutuelles qu'ils demandent que les crédits ainsi ouverts soient distribués aux agents pour les aider à régler leurs cotisations auprès de l'organisme de leur choix. Si les syndicats au contraire demandaient que ces fonds soient attribués par appel d'offres à un ou des organismes de Protection sociale complémentaire, les conséquences auraient le même caractère négatif que celles du référencement par appel d'offres.

À cet égard, il convient aussi que les syndicats lorsqu'ils revendiquent légitimement un accroissement de l'aide financière de l'État-employeur à la complémentaire santé, évitent de recommander pour la fonction publique d'État la formule retenue pour le secteur privé par **l'Accord National Interprofessionnel**, qui d'ailleurs **ne bénéficie qu'aux actifs, alors que dans la fonction publique, les retraités aussi doivent être aidés**. Cet accord prescrit en effet dans chaque entreprise un contrat collectif obligatoire de couverture santé, dont l'employeur prend en charge au moins la moitié du coût. Le contrat collectif obligatoire aurait, dans la fonction publique d'État, des conséquences encore plus graves que le référencement. L'idée, parfois évoquée, de remplacer l'hypothèse du **contrat collectif obligatoire** par celle d'un **contrat collectif à adhésion volontaire** conduirait progressivement aux mêmes conséquences négatives. Elle doit être écartée.

Le risque existe bien – il ne faut pas le dissimuler – que certains syndicats interviennent auprès des pouvoirs

publics, afin que les mutuelles de la fonction publique d'État, soient concurrencées et en fin de compte remplacées sur leur champ ministériel professionnel par des institutions de prévoyance. Plusieurs syndicats, ont en effet un lien biologique avec les institutions de prévoyance, puisqu'il leur appartient de les créer et de les gérer paritairement avec les employeurs. Les syndicats pourraient faire valoir que ce serait le moyen d'obtenir plus facilement une participation plus forte de l'État-employeur, dans l'esprit de l'Accord National Interprofessionnel précité, qui s'applique aux entreprises et à leurs salariés. Ils pourraient aussi plaider que les institutions de prévoyance sont comme les mutuelles, des personnes morales à but non lucratif et qu'elles procurent déjà aux salariés, comme à leurs entreprises, des garanties de même nature que celles des mutuelles.

Outre qu'elle passerait sous silence l'abandon des retraités par l'ANI et par ses contrats collectifs, cette comparaison, ainsi formulée, n'est pas exacte. En effet, les agents de l'État, actifs et retraités, lorsqu'ils comparent les organismes complémentaires santé et leurs pratiques, voient bien que les institutions de prévoyance, que chacun naturellement estime et respecte, s'inscrivent dans une autre logique que celle des mutuelles. Elles relèvent du Code de la Sécurité sociale, alors que les mutuelles sont régies par le Code de la mutualité. Les institutions de prévoyance gèrent essentiellement des contrats collectifs généralement obligatoires, alors que les mutuelles reposent sur l'adhésion

individuelle volontaire. Elles segmentent le plus souvent les populations couvertes en fonction des risques qu'elles présentent, alors que les mutuelles couvrent plus solidairement les mutualistes, notamment entre les diverses classes d'âge. Enfin, le choix des prestations et de cotisations des institutions de prévoyance dépendent, de par la nature paritaire de ces institutions, d'une négociation entre les syndicats et l'employeur, alors que les prestations et cotisations des mutuelles sont librement décidées par les seuls mutualistes, à travers des assemblées générales égalitaires, où chaque personne dispose d'une voix.

Alors que les mutuelles ont fait leurs preuves à tout égard au sein de la fonction publique d'État il est de l'intérêt des agents de l'État et par là même du service public qu'ils assument, que les syndicats aident les mutuelles à conforter leur position dans les ministères. Les syndicats devraient d'ailleurs considérer que l'affaiblissement des mutuelles dans la fonction publique d'État ne profiterait pas nécessairement aux institutions de prévoyance et pourrait bien finir par donner l'avantage aux compagnies d'assurance à but lucratif, dont le pouvoir politique est grand et dont la combativité est adaptée au monde de la concurrence promue par l'Union européenne. C'est une des leçons qu'il faut tirer du dernier référencement au ministère de l'Éducation nationale où les autorités ont choisi de référencer en même temps que la MGEN historiquement présente, deux compagnies d'assurance.

Sur l'hypothèse qui apparaît par intermittence de la mise en place de **contrats collectifs obligatoires ou à adhésion volontaire** par les ministères, il faut être clair. Le contrat collectif est une formule qui peut convenir aux compagnies d'assurance dans la mesure où il n'est pas déterminant pour elles d'emporter le marché santé dans un ministère, puisqu'elles ont des activités multiples en France et dans le monde : ne pas entrer sur le marché d'un ministère ne change pas leur histoire. Le contrat collectif évidemment convient, par définition, aux institutions de prévoyance, puisque c'est le type de contrat qu'elles gèrent dans leur champ d'action actuel : secteur privé ou collectivité locale. Il leur conviendrait si elles s'installaient dans un ministère.

Mais le contrat collectif ne convient pas du tout aux mutuelles historiques de la fonction publique d'État et aux agents, actifs et retraités, qui les composent dans chaque ministère. La mise en place d'un contrat collectif signifierait en effet que les agents du ministère n'auraient plus la liberté de définir leurs prestations au sein de leur mutuelle mais devraient accepter un cahier des charges établi par l'employeur, ainsi qu'**une procédure d'appel d'offres pour un contrat collectif qui risque d'exclure leur mutuelle, c'est-à-dire de détruire leur œuvre de solidarité et de fraternité.**

En fin de compte, il ne fait pas de doute que les mutuelles de la fonction publique d'État ont besoin au

moins de la neutralité des syndicats et mieux encore de leur appui. Mais il ne fait pas de doute non plus que les syndicats, dans leur mission générale en faveur des agents, ont un intérêt moral à soutenir les mutuelles dans le champ historique des ministères³⁵.

35. Une récente étude, publiée le 15 mars 2020, de l'Association Syndicale des Agents du ministère des Affaires étrangères (ASAM-UNSA) fournit de précieuses indications à ce sujet, tant sur l'histoire que sur les possibilités de coopération entre syndicats et mutuelles.

II.

Que faire en France pour les mutuelles de la fonction publique d'État ?

Agir en France pour la défense et la promotion des mutuelles santé-prévoyance de la fonction publique d'État, c'est bien agir pour l'ensemble de la mutualité dont elles sont emblématiques, tant dans les trois fonctions publiques que dans le secteur privé et d'une manière générale dans la vie sociale en France. Il s'agit en effet de faire valoir l'identité juridique des mutuelles comme leur identité morale, de faire respecter leur liberté et de faire reconnaître que leur but non lucratif et leur objet social légitiment à tous égards la possibilité d'un soutien public.

Le soutien public qui compte le plus pour les mutuelles est celui qui leur permettrait, comme par le passé, d'être exonérées d'impôts et taxes. Vient ensuite celui

qui leur permettrait d'exercer leur mission librement et sans subir un excès d'obligations réglementaires qui ne correspond ni à leur nature, ni à leur gestion par les mutualistes. La question de l'aide financière directe de l'État aux mutuelles n'est plus primordiale : il est préférable à tous égards que l'aide de l'État aille à ses agents, actifs et retraités, par versement direct d'une aide à la cotisation ou par crédit d'impôt correspondant à tout ou partie de la cotisation.

Ce qui doit être fait ici et maintenant en France, n'empêche pas que l'on poursuive une action parallèle sur un autre mode, sur un autre temps, au niveau européen. En effet, ce n'est pas parce que le combat pour le statut de « mutuelle européenne » n'a pas, jusqu'à présent, été couronné de succès qu'il faut l'abandonner. La situation de danger dans laquelle se trouve la mutualité française aujourd'hui impose au contraire de nouvelles initiatives, un rassemblement des énergies pour aller vers l'Union européenne et en particulier vers la Commission. C'est au sein des mutuelles elles-mêmes que réside la force sur laquelle peut s'appuyer l'action à venir ainsi que les hommes et les femmes qui sont en mesure de reprendre l'initiative en Europe. Quoi qu'il advienne cela prendra du temps.

Quoi qu'il en soit, l'urgence des situations commande que, sans attendre, tous ceux qui ont foi en la mutualité recherchent, proposent et soutiennent des formules d'action immédiate en France.

Dans la mesure où comme on l'a dit, les mutuelles de la fonction publique d'État ont été impactées plus que d'autres par la réglementation européenne et par la traduction que le Gouvernement français en a faite, c'est bien pour elles qu'il convient de rechercher une réponse nationale aussi rapide qu'efficace.

Sur la question de la contribution financière de l'État, cette réponse est possible et l'on ne peut que se demander pourquoi elle n'a pas été retenue lorsque, dans les années 2005 à 2007, les autorités françaises, politiques et administratives, ont travaillé sur la manière de continuer à aider financièrement les mutuelles de la fonction publique d'État en respectant l'injonction de la Commission européenne sur la concurrence. On ne peut que regretter aussi que la plupart des mutuelles de la fonction publique d'État n'aient pas collectivement réagi avec force lorsqu'a été préparée puis adoptée la procédure de référencement, dont les conséquences négatives étaient pourtant prévisibles et que d'ailleurs deux Présidents de mutuelles avaient dénoncées dès 2006.

L'attitude des autorités françaises à l'époque et la tolérance des mutuelles à leur égard, sont d'autant plus difficiles à expliquer que la Commission avait laissé entendre, en ce qui concerne les règles de la concurrence, que les pouvoirs publics français avaient la possibilité de s'y conformer en choisissant d'apporter leur aide financière non pas à des organismes sous condition d'appel d'offre, mais à leurs agents, libres

de choisir l'organisme de couverture santé leur convenant, ce qui écartait tout appel d'offres.

C'est d'ailleurs dans ce sens, au moins partiellement, qu'est allée la réglementation française en la matière pour les collectivités territoriales : en effet, le décret du 8 novembre 2011 prévoit une formule de labellisation, sans appel d'offres, des contrats fournis par les organismes de Protection sociale complémentaire. Contrats parmi lesquels les agents des collectivités, personnellement aidés par la collectivité, peuvent librement choisir.

Il est clair que si le soutien financier de l'État à la protection complémentaire santé-prévoyance était attribué directement aux agents, pour les aider à régler leurs cotisations, le système de référencement sur appel d'offres n'aurait plus lieu d'être. Les agents de l'État pourraient alors choisir leur couverture santé parmi les organismes reconnus capables de leur fournir des prestations solidaires, parmi lesquels les mutuelles auraient, par nature, toute leur place. Les mutuelles y retrouveraient du même coup leur liberté de définition de leurs prestations et de leurs cotisations, et au-delà, leur liberté de servir au mieux leurs valeurs d'égalité et de fraternité humaine.

Certains observateurs prétendent que les agents de l'État, bénéficiant ainsi d'une aide financière personnelle, pourraient plus facilement quitter leur mutuelle historique pour aller vers d'autres organismes, mu-

tuelles ou compagnies d'assurance, ce qui finalement rendrait le système dangereux pour les mutuelles historiques. En réalité, ces observations sont sans fondement sérieux, puisque les mutualistes ont toujours été libres de quitter leur mutuelle mais ne le font que rarement. Ces observations sont d'autant moins fondées qu'elles ne tiennent pas compte du fait que les mutualistes sont attachés à la solidarité de leur mutuelle professionnelle et à ses valeurs, et qu'ils lui font confiance pour répondre, mieux que quiconque, aux difficultés de santé de leur vie active et aux besoins de l'âge après leur départ à la retraite.

Il est regrettable de constater que les pouvoirs publics, en reconduisant en 2016 le dispositif du référencement, n'ont tenu aucun compte des conclusions du référé de la Cour des comptes de 2012³⁶ ; celui-ci rappelait en effet que, compte tenu des conséquences négatives de cette procédure, il convenait pour « remédier aux multiples biais affectant sa conception et sa mise en œuvre »³⁷, de ne pas la poursuivre, sauf à la redéfinir complètement. On ne saurait être plus clair.

Si la mort de ce dispositif semble nécessaire, il ne

36. Référé n°62386 du Premier président de la Cour des comptes, Monsieur Didier MIGAUD, du 21 février 2012, rendu public le 27 juin 2012. Disponible sur : www.ccomptes.fr. Consulté le 7 février 2020.

37. Référé n°62386 du Premier président de la Cour des comptes, Monsieur Didier MIGAUD, du 21 février 2012, rendu public le 27 juin 2012. page 4. Disponible sur : www.ccomptes.fr. Consulté le 7 février 2020.

doit pas impliquer pour autant la fin de la participation financière de l'État-employeur à la Protection sociale complémentaire de ses agents. Dans le respect du principe de la libre adhésion des agents, ce n'est pas une forme de couverture collective et a fortiori obligatoire qui doit être envisagée, mais l'aide directe des ministères à leurs agents. Ce dispositif existe déjà pour les agents de la fonction publique territoriale, pourquoi en serait-il différemment pour les agents de la fonction publique d'État ?

Tout compte fait, l'aide financière à la personne est bien la meilleure formule compatible avec le droit européen. Elle pourrait prendre l'une ou l'autre des deux formes suivantes :

- **soit, un crédit d'impôt correspondant à la cotisation, ou à une fraction de la cotisation, réglée par l'agent, actif ou retraité ;**
- **soit, un versement ad hoc, sur le salaire ou sur la pension de l'agent.**

Mais si la question de l'aide de l'État-employeur aux mutualistes peut être ainsi réglée par le Gouvernement français dans le cadre actuel du droit européen, il en va autrement pour d'autres questions importantes de la vie mutualiste, qui nécessitent que l'Union européenne fasse, d'une manière ou d'une autre, une place spécifique aux mutuelles.

La recherche d'une reconnaissance des spécificités

des mutuelles françaises par l'Union européenne doit donc être relancée, en direction de la Commission et du Parlement européen. Cette reconnaissance devrait viser à :

- rouvrir la possibilité **des exonérations de taxes et d'impôts** dont les mutuelles bénéficiaient en raison de leur objet, avant que la Commission ne les interdise ;
- permettre aussi que **les règles de gestion** des mutuelles cessent d'être alourdies comme si elles étaient des entreprises capitalistes et des sociétés de profit, et reviennent à la réalité de la gestion mutualiste, qui est d'esprit simple et qui est d'abord animée par des militants bénévoles.

En tout cas, **il importe dans ce sens que le Code de la mutualité en France continue d'exister séparément** et qu'au lieu d'évoluer vers un Code bis des assurances, il puisse être restauré dans sa philosophie, dans sa vérité militante et dans sa simplicité naturelle.

Compte tenu de la gravité des atteintes et des conséquences qui en résultent, il apparaît que la France pourrait légitimement décider, en situation d'urgence, toutes les mesures de sauvegarde qui conviennent. Le dialogue avec la Commission européenne serait donc non pas un préalable aux mesures de sauvegarde nationale mais une manière de les accompagner politiquement.

C'est le moment de rappeler que les mutuelles ont pour vocation d'agir en faveur de la santé des personnes et que **la santé est de compétence nationale et non pas de compétence communautaire**. C'est cette vocation qui les qualifie d'abord.

C'est aussi le moment de signaler que ce n'est pas en étant considérées comme des entreprises à « lucrativité limitée » que les mutuelles françaises pourraient être restaurées dans leur pleine légitimité en Europe. On sait que c'est dans l'espoir d'avancer au niveau de l'Union européenne qu'avait été proposée la notion de « lucrativité limitée ». Elle devait s'appliquer aux organismes exerçant une activité considérée comme économique et en retirant le cas échéant des bénéfices, mais qui ne pourraient pas statutairement et réglementairement distribuer leurs bénéfices sous forme de dividendes entre leurs membres. Il aurait pu devenir alors possible, selon les auteurs du concept de la « lucrativité limitée », de rechercher pour les mutuelles, comme pour d'autres organismes du même type à commencer par les associations sans but lucratif, une reconnaissance politique que l'on pourrait ensuite transformer en réglementation européenne et que l'on pourrait décliner dans chaque pays en fonction de ses réalités sociales.

Cette recherche d'esprit pragmatique doit-elle être poursuivie ? Non, car il serait dangereux d'accepter l'idée que les mutuelles seraient des organismes à « lucrativité limitée » puisque cela reviendrait à contra-

rio à renoncer à ce qui, avec la solidarité, constitue leur fondement philosophique et correspond à la réalité de leurs actions, puisqu'il est vrai qu'elles n'ont **aucun but lucratif**. Ce serait en effet entrer dans un engrenage, où la spécificité des mutuelles serait progressivement effacée jusqu'à ce que la « lucrativité limitée » devienne la « lucrativité » tout court. Les mutuelles seraient alors des entreprises comme les autres, contrairement à leur nature, à leur mission, à leur âme.

En réalité, l'heure est venue de recommander que le Gouvernement français prenne **ses décisions souveraines en matière de santé et de sauvegarde sociale**, puis revienne à la charge au sein de l'Union européenne, afin de défendre et d'obtenir la reconnaissance pleine et entière des mutuelles dans leur identité historique, en tant que représentantes emblématiques des grandes avancées sociales de la France. Cette relance est indispensable si l'on veut conforter l'existence des mutuelles et les accompagner, comme indiqué plus haut, par des exonérations fiscales.

La Commission européenne résistera sans aucun doute. Elle continuera, si on ne trouve pas **les moyens politiques de la faire changer d'avis**, à refuser de reconnaître la nature même des organismes de solidarité à but non lucratif. Elle continuera à vouloir les jeter dans le « marché », à les soumettre aux règles de la concurrence dite « juste et non faussée » et qui a en la matière la particularité d'être injuste et faussée par le

jeu du dumping capitaliste. Elle continuera à interdire les exonérations fiscales en leur faveur si les gouvernements s'inclinent encore devant elle. Ils ne doivent pas s'incliner.

C'est le moment de rappeler à la Commission qu'elle a une responsabilité majeure dans le sous équipement dramatique des systèmes de santé publique en Europe en général et en France en particulier, qui a laissé les pays de l'Union sans moyens de réagir normalement devant l'épidémie de coronavirus. Le député européen Martin Schirdewan, coprésident de la gauche unitaire européenne, a signalé dans une interview publiée le 2 avril 2020 par le journal « L'Humanité », que la Commission a multiplié les recommandations – soixante-trois fois depuis 2011 – afin que les pays de l'Union européenne réduisent leurs dépenses de santé publique !

C'est dans le contexte créé par les recommandations et interdictions de l'Union européenne, que l'on a réduit en France, le nombre des établissements publics de soins et leurs équipements en lits et en matériels, fermé l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, fleuron du monde hospitalier en France et à l'étranger, et même, comme on en voit aujourd'hui les conséquences, liquidé après 2013 ses stocks stratégiques de masques de protection.

CONCLUSION

QUI VEUT TUER LES MUTUELLES ?

Nous avons vu que les forces contraires à la mutualité viennent d'horizons divers. On y rencontre des groupements d'intérêts financiers agissant puissamment au plan national comme auprès de la Commission européenne. On y rencontre aussi certains mouvements syndicaux paraissant disposés à soutenir l'installation éventuelle dans les ministères, des institutions de prévoyance qu'ils gèreraient paritairement, plutôt que le maintien des mutuelles historiques, qui relèvent des seuls mutualistes qui les composent et les gèrent librement. Mais on y voit plus largement les conséquences mécaniques des mouvements de fond qui accompagnent la mise en œuvre du marché unique européen.

On y découvre aussi l'effet négatif des choix nationaux, dans la manière d'appliquer en les aggravant les principes de ce marché, à commencer par le principe de concurrence : c'est ce qu'a fait le Gouvernement français en imposant le référencement par appel d'offres, au lieu d'aller vers l'allocation personnelle à chaque agent d'une aide à la cotisation. Dans le même sens, on constate que l'État, qui débat des grandes lignes de la Protection sociale complémentaire, dans le dialogue social avec les syndicats comme le prescrit la loi, n'en discute réellement ni avec les mutuelles en général ni même

avec les mutuelles de la fonction publique d'État qui assurent historiquement la couverture santé-prévoyance de la quasi-totalité de ses agents.

On voit même que les mutuelles se défendent actuellement assez peu sur le plan politique, tant devant le Gouvernement que devant l'Union européenne. Leur révérence citoyenne à l'égard du pouvoir les conduit à une forme d'attentisme, qui est tout autant contraire à leurs intérêts que contraire à leur vraie fonction citoyenne. Cette révérence extrême peut aller jusqu'à les conduire à faire comme si elles pouvaient accepter de perdre une partie de leur identité pour se sauver. C'est ce qu'on a vu, lorsque devant le refus de la Commission européenne de reconnaître l'absence de but lucratif – pourtant constitutif de leur identité et qui leur donnait avec leur liberté, une place spécifique au plan moral comme au plan social et fiscal – des mutualistes ont tenté de limiter le dommage en proposant que Bruxelles reconnaisse pour les mutuelles le concept de « lucrativité limitée ». Il est heureux que cette tentative n'ait pas eu de suite, car elle aurait été détournée de son sens par la technocratie européenne et aurait engagé les mutuelles dans un engrenage mortel.

La réserve des mutuelles dans l'ordre politique est d'autant plus frappante que les dirigeants des mutuelles sont pour la plupart des personnalités d'une extraordinaire qualité par l'intelligence, par le cœur et par l'efficacité dont ils n'ont cessé de faire preuve dans la création, le maintien et le remarquable développement de leur mutuelle.

Force est de constater qu'au-delà de leurs traits communs, que sont le statut juridique relevant du Code de la mutualité, la gouvernance démocratique par les mutualistes eux-mêmes, l'absence de but lucratif, et l'esprit de fraternité,

les mutuelles de la fonction publique sont différentes les unes des autres à plusieurs égards et bien différentes des mutuelles interprofessionnelles : si elles peuvent partager certaines difficultés ou revendications, elles peuvent aussi diverger sur la manière de se défendre ou sur le choix des propositions à formuler et des priorités à établir.

- **C'est dans ce contexte qu'il importe de mener une action d'urgence pour les mutuelles de la fonction publique d'État, qui sont aujourd'hui à la fois les plus menacées mais aussi les mieux placées et les plus fortes pour agir au plan politique tant auprès de l'opinion publique qu'auprès des autorités.** L'action qui pourrait être ainsi menée par les mutuelles de la fonction publique d'État, est et sera bénéfique pour toutes les autres mutuelles dans la fonction publique et dans le secteur privé, qui pourront y trouver une raison de plus de s'associer au combat pour les vraies mutuelles.

Cette action d'urgence pour les mutuelles de la fonction publique d'État viserait à obtenir dès 2020 deux décisions :

1. Il s'agit d'abord **d'abandonner le dispositif du référencement ministériel**, et pour cela de prendre et publier un décret mettant fin au dispositif de référencement, soit dès le 31 décembre 2020 soit aussitôt que possible, sans attendre le terme de la période de référencement en cours qui va, sur sept ans, jusqu'au 31 décembre 2023 ;
2. Il s'agit corrélativement de prendre et de publier dès maintenant un décret ouvrant la possibilité immédiate **d'une aide personnelle pour les agents de l'État, actifs et retraités**, afin de les aider à se donner une

couverture complémentaire santé, auprès de l'organisme complémentaire de leur choix.

- Dans le même temps et sans attendre, ne convient-il pas que le Gouvernement français, **affirmant sa responsabilité en matière de santé publique comme en matière sociale, qui sont de compétence française et non pas communautaire**, exerce sa pleine souveraineté nationale et décide **de reconnaître à nouveau pleinement les mutuelles dans leurs spécificités juridiques, administratives et fiscales**, comme elles l'ont été après la fin de la Seconde Guerre mondiale et pendant les cinquante ans qui ont suivi ? Et ne convient-il pas qu'il exige que la Commission européenne cesse de mettre en cause **l'une des plus belles avancées citoyennes du progrès social français ?**

L'un des principaux traits de l'avancée sociale mutualiste est, en effet, qu'elle résulte d'une initiative citoyenne, portée individuellement et de manière continue par des personnes qui s'entraident librement, en pratiquant l'une des plus hautes valeurs morales : celle de la solidarité, où tout ce qui est apporté par les membres est partagé entre les membres, sans qu'un intermédiaire en tire un profit d'argent ou un profit de pouvoir.

C'est sans doute pour cette raison que les serviteurs zélés du marché unique européen, voient dans les mutuelles un danger pour leurs systèmes de captation des profits et du pouvoir. C'est sans doute pour cela, que l'attaque menée contre les mutuelles depuis plus de vingt ans, en passant par Bruxelles, porte sur leur identité même et vise à la faire disparaître, par la confusion systématique du vocabulaire et des idées, dans le trou noir conceptuel du marché unique européen, à des distances astronomiques des espaces de fraternité que les mutuelles dessinent et

préservent pour nous.

C'est pourquoi **la reconquête doit naturellement passer par le terrain conceptuel et politique.** Il est temps de refuser de faire comme si recherche de profit ou recherche de pouvoir n'étaient pas différentes de l'aspiration à la **fraternité**. Il est temps de rétablir la vérité, selon laquelle au-dessus du « marché » il y a la **personne humaine**, et selon laquelle au-dessus de la « concurrence » il y a la **solidarité** : une solidarité que chaque pays de l'Union européenne a le droit et le devoir d'exercer **selon son génie propre**.

La société française perdrait beaucoup si les mutuelles santé-prévoyance continuaient à être mises en difficulté par les autorités européennes et nationales, donnant indistinctement et sans mesure priorité à la concurrence. Une telle évolution signifierait en tout cas une nouvelle perte de souveraineté pour la France, dans les domaines prioritaires de la santé et de l'action sociale, ainsi qu'une régression de l'esprit de fraternité dans la société française. La France est en effet ce qu'elle est, unique et universelle, parce qu'elle porte vivantes des idées, des actions et des organisations qui, comme les mutuelles, représentent les trois valeurs historiques de la République : **liberté, égalité, fraternité**.

L'avenir des mutuelles en France est un grand enjeu de société, dont on ne souligne paradoxalement pas assez la portée humaine et l'exemplarité démocratique, alors que par le nombre de leurs adhérents, par leur rôle en faveur de **la santé** et de **la cohésion sociale**, comme par les valeurs qu'elles portent, elles devraient figurer au rang des priorités nationales.

La perspective des élections présidentielles et législatives dans les deux années qui viennent, offre aux mutualistes une occasion particulière de se faire entendre et de peser ensemble dans le débat national. Ils peuvent et doivent s'y engager.

BIBLIOGRAPHIE

Assemblée nationale. Question écrite n°1494 de M. Louis-Joseph Manscour, publiée au Journal officiel le 21 mars 2006, page 2877, et réponse du ministère de la Santé et des Solidarités, publiée au Journal officiel le 22 mars 2006, page 2067. Consulté le 10 février 2020.

Assemblée nationale. Question écrite n°95565 de M. Pascal Terrasse, publiée au Journal officiel le 30 mai 2006, page 5612, et réponse du ministère de la Fonction publique, publiée au Journal officiel le 18 juillet 2006, page 7597. Consulté le 10 février 2020.

Assemblée nationale. Question écrite n°96073 de M. Alfred Marie-Jeanne, publiée au Journal officiel le 6 juin 2006, page 5785, et réponse du ministère de la Fonction publique, publiée au Journal officiel le 8 août 2006, page 8435. Consulté le 10 février 2020.

Assemblée nationale. Projet de loi de modernisation de la fonction publique, adopté par l'Assemblée nationale le 28 juin 2006 en première lecture. Texte n°595, session ordinaire de 2005-2006, le 28 juin 2006. Consulté le 11 février 2020.

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. Liste des mutuelles et unions du livre II au 1^{er} décembre 2019. Consulté le 25 février 2020.

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. Liste des organismes actifs au 1^{er} mars 2020. Consulté le 2 avril 2020.

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. Rapport d'activité 2002-2003 de la Commission de Contrôle des Mutuelles et Institutions de Prévoyance (CCMIP). Juillet 2004. Consulté le 14 avril 2020.

Beudet T. et Pierron L. La mutualité. Presses Universitaires de France. Paris cedex 14, 2018, 128 pages (Que sais-je ?). Consulté le 28 février 2020.

Benisti J.A. Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le projet de loi (n°3134), de modernisation de la fonction publique. Rapport n°3173 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 juin 2006. Consulté le 11 février 2020.

Bonnici B. La politique de santé en France. Presses Universitaires de France. Paris cedex 14, 2016, p. 3 à 10 (Que sais-je ?). Consulté le 3 février 2020.

Centre de documentation de l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) : Safon M.O. La Protection sociale complémentaire en France. Aspects historiques et réglementaires. Synthèse documentaire. Mai 2019. Consulté le 27 février.

CGT Services Publics. Compte-rendu de la présentation du rapport sur la Protection sociale complémentaire dans la Fonction publique - Partie diagnostic, du 18 juillet 2018. 26 juillet 2019. Consulté le 17 février 2020.

Chirac J. Discours du Président de la République au 38^e Congrès de la Mutualité, 8 juin 2006, Palais des Congrès à Lyon. Tel que rapporté par l'association Jacques Chirac. Consulté le 11 février 2020.

Le portail de la fonction publique. Qu'est-ce qu'un comité technique ? Consulté le 3 février 2020.

Commission européenne. Décision du 20 juillet 2005 dans le dossier E21/2004, « Aide à la Mutualité Fonction Publique et à ses mutuelles adhérentes ». Journal officiel de l'Union européenne, C295 du 26 novembre 2005, page 12. Consulté le 17 février 2020.

Commission européenne. Décision du 16 mai 2006 dans le dossier E 21/04, « Aide à la Mutualité Fonction Publique et à ses mutuelles adhérentes ». Consulté le 17 février 2020.

Commission européenne. « Les mutuelles dans une Europe élargie » ; Direction générale entreprises, 2003.

Conseil d'État. 26 septembre 2005, n°262282, publié au recueil Lebon. Consulté le 10 février 2020.

Conseil des Communautés européennes. Première directive 73/239/CEE, portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice du 24 juillet 1973. Journal officiel des Communautés européennes, n°L228/3 du 16 août 1973. Consulté le 20 février 2020.

Conseil des Communautés européennes. Première directive 79/267/CEE, portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe sur la vie, et son exercice du 5 mars 1979. Journal officiel des Communautés européennes, n°L63/1 le 13 mars 1979. Consulté le 20 février 2020.

Conseil des Communautés européennes. Deuxième directive 88/357/CEE, portant coordination des dispositions

législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, fixant les dispositions destinées à faciliter l'exercice effectif de la libre prestation de services modifiant la directive 73/239/CEE du 22 juin 1988. Journal officiel des Communautés européennes, n°L171/1 le 4 juillet 1988. Consulté le 20 février 2020.

Conseil des Communautés européennes. Deuxième directive 90/619/CEE, portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe sur la vie, fixant les dispositions destinées à faciliter l'exercice effectif de la libre prestation de services modifiant la directive 79/267/CEE du 8 novembre 1990. Journal officiel des Communautés européennes, n°L330/50 le 29 novembre 1990. Consulté le 20 février 2020.

Conseil des Communautés européennes. Directive 92/49/CEE portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie et modifiant les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE (troisième directive «assurance non vie»), du 18 juin 1992. Journal officiel des Communautés européennes, n°L228/1 le 11 août 1992. Consulté le 20 février 2020.

Conseil des Communautés européennes. Directive 92/96/CEE portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe sur la vie, et modifiant les directives 79/267/CEE et 90/619/CEE (troisième directive assurance vie), du 10 novembre. Journal officiel des Communautés européennes, n°L360/1 le 9 décembre 1992. Consulté le 20 février 2020.

Cour des comptes. Les mutuelles de fonctionnaires de l'État gestionnaires du régime obligatoire d'assurance maladie. Rapport de 2003. Consulté le 26 février 2020.

Danton I. Le classement 2019 de la mutualité. L'Argus de l'assurance. 22 novembre 2019. Consulté le 25 février 2020.

Ravier-Regnat S. Entretien avec Martin Schirdewan, coprésident de la Gauche unitaire européenne, sur le rôle des politiques d'austérité dans la dégradation du secteur public de la santé en Europe. L'Humanité. 2 avril 2020. Consulté le 2 avril 2020.

Direction de la Recherche et des Études Économiques et Statistiques (DREES). Les dépenses de santé en 2015. Résultats des comptes de la santé. Panoramas de la DREES. 2016. Consulté le 27 février 2020.

Direction de la Recherche et des Études Économiques et Statistiques (DREES). Enquête auprès des organismes proposant des couvertures complémentaires. Publié le 16 septembre 2016. Consulté le 27 février 2020.

Direction de la Recherche et des Études Économiques et Statistiques (DREES). La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties. Panoramas de la DREES Santé. 2016. Consulté le 27 février 2020.

Direction de la Recherche et des Études Économiques et Statistiques (DREES). MONTAUT A. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016. Études et Résultats. Mai 2018, n°1064. Consulté le 26 février 2020.

Direction de la Recherche et des Études Économiques et Statistiques (DREES). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé ; Rapport 2017. 2018. Consulté le 27 février 2020.

Direction de la Recherche et des Études Économiques et Statistiques (DREES). MONTAUT A. et ADJERAD R. Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social. Études et Résultats. Janvier 2019, n°1101. Consulté le 26 février 2020.

Direction de la Recherche et des Études Économiques et Statistiques (DREES). Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé. Panoramas de la DREES. 2019. Consulté le 27 février 2020.

Direction de la Recherche et des Études Économiques et Statistiques (DREES). La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties. Panoramas de la DREES Santé. 2019. Consulté le 27 février 2020.

Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique. Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Édition 2019. Consulté le 16 février 2020.

FNMF, FFA et CTIP. Le marché de la santé et de la prévoyance progresse de 2,8 % en 2018. Communiqué de presse du 23 septembre 2019. Consulté le 12 mars 2020.

Gouvernement. La composition du Gouvernement. Consulté le 6 février 2020.

Haut Comité d'Évaluation de la Condition Militaire. La mort, la blessure, la maladie. 13^e rapport thématique. Juillet 2019. Consulté le 26 février 2020.

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Tableaux de l'économie française. Collection Insee Références, 2019. Consulté le 27 février 2020.

Lecocq C., Coton P. et Verdier J-F. Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance. Mission confiée par le Premier ministre Edouard Philippe, 18 septembre 2019, page 46. Consulté le 17 février 2020.

Légifrance. Code de la mutualité. (version consolidée au 4 janvier 2020). Consulté le 28 février 2020.

Loi n°47-649 du 9 avril 1947 dite Morice portant ratification du décret 462971 du 31-12-1946 relatif à l'institution du régime de Sécurité sociale des fonctionnaires sous réserve de l'art. 2 dudit décret qui se trouve modifié. Journal officiel de la République Française, n°0301 du 19 avril 1947, page 3334. Consulté le 10 février 2020.

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. Version consolidée au 4 février 2020. Consulté le 4 février 2020.

Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État. Version consolidée au 4 février 2020. Consulté le 4 février 2020.

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Version consolidée au 3 février 2020. Consulté le 3 février 2020.

Loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique. Version consolidée au 4 février 2020. Consulté le 4 février 2020.

Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique. Consulté le 12 février 2020.

Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Version consolidée au 12 février 2020. Consulté le 12 février 2020.

Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique. Consulté le 17 février 2020.

Migaud D. La Protection sociale complémentaire des agents de l'État. Référé du Premier président de la Cour des comptes, n°62386 du 21 février 2012, rendu public le 27 juin 2012. Consulté le 7 février 2020.

Ministère de l'Intérieur et Direction Générale des Collectivités Locales. Liste des contrats et des règlements « labellisés » au titre de la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à la Protection sociale complémentaire de leurs agents (décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011). Mise à jour à la date du 18 février 2020. Consulté le 4 mars 2020.

Ministères du Travail, de la Sécurité sociale et Secrétariat d'État aux Finances. Arrêté du 27 avril 1949 relatif aux conditions de participation de l'État à la couverture des

risques sociaux assurés par les sociétés mutualistes constituées entre les fonctionnaires, agents et employés de l'État et des établissements publics nationaux. Journal officiel de la République Française du 6 mai 1949, page 4449. Consulté le 10 février 2020.

Ministères du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique et Secrétariat d'État chargé de la Fonction Publique. Arrêté du 19 septembre 1962 relatif aux conditions de la participation de l'État à la couverture des risques sociaux assurés par les sociétés mutualistes constituées entre les fonctionnaires, agents et employés de l'État et des établissements publics nationaux. Journal officiel de la République Française du 3 octobre 1962, page 9544. Consulté le 10 février 2020.

Ministères de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et de la Santé et des Solidarités. Arrêté du 13 juin 2006 portant abrogation de l'arrêté du 19 septembre 1962 relatif aux conditions de la participation de l'État à la couverture des risques sociaux assurés par les sociétés mutualistes constituées entre les fonctionnaires, agents et employés de l'État et des établissements publics nationaux. Journal officiel de la République Française, n°136 du 14 juin 2006, page 8965 texte n°33. Consulté le 11 février 2020.

Ministères du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique et Secrétariat d'État chargé de la Fonction Publique. Arrêté du 19 décembre 2007 pris en application de l'article 23 du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au

financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels. Journal officiel de la République Française, n°0301 du 28 décembre 2007, page 21676 texte n°80. Consulté le 3 février 2020.

Ministères du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique et Secrétariat d'État chargé de la Fonction Publique. Arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux critères de choix des employeurs publics. Journal officiel de la République Française, n°0301 du 28 décembre 2007, page 21683 texte n°82. Consulté le 4 février 2020.

Ministères du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique et Secrétariat d'État chargé de la Fonction Publique. Arrêté du 19 décembre 2007 relatif à la répartition de la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels. Journal officiel de la République Française, n°0301 du 28 décembre 2007, page 21684 texte n°83. Consulté le 4 février 2020.

Ministères du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique et Secrétariat d'État chargé de la Fonction Publique. Arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux majorations de cotisations prévues par l'article 16-2 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels. Journal officiel

de la République Française, n°0301 du 28 décembre 2007, page 21684 texte n°84. Consulté le 4 février 2020.

Ministères du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique et Secrétariat d'État chargé de la Fonction Publique. Arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux modalités d'application de l'article 17 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels. Journal officiel de la République Française, n°0301 du 28 décembre 2007, page 21685 texte n°85. Consulté le 4 février 2020.

Ministères de l'Économie, des Finances et de l'Emploi, du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique et Secrétariat d'État chargé de la Fonction Publique. Arrêté du 19 décembre 2007 relatif à l'avis d'appel public à la concurrence publié au Journal officiel de l'Union européenne pour le choix des organismes de référence par l'employeur public. Version consolidée au 4 février 2020. Consulté le 4 février 2020.

Ministères de l'Intérieur, de la Réforme de l'État, de la Décentralisation et de la Fonction Publique. Circulaire n°RDFB1220789C, participations des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à la Protection sociale complémentaire de leurs agents. 25 mai 2012. Consulté le 25 février 2020.

Ministères des Affaires Sociales et de la Santé et de la Fonction Publique. Circulaire n°RDFF1609362C, procédure

de référencement des organismes de Protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'État. 27 juin 2016. Consulté le 4 février 2020.

Ministères du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. Accord National Interprofessionnel, sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels, relatif à la compétitivité des entreprises. 11 janvier 2013. Consulté le 12 février 2020.

Ministères des Solidarités et de la Santé, de l'Action et des Comptes Publics et de l'Intérieur, IGA, IGAS et IGF. Protection sociale complémentaire des agents publics (FPE/FPT). Rapport tel que mis en ligne par la CGT Services Publics, juillet 2019. Consulté le 17 février 2020.

Mutualité Fonction Publique (MFP). Protection sociale complémentaire des agents publics. Les fiches mémento de la MFP, Histoire et enjeux. Octobre 2019.

Parlement européen et Conseil de l'Union européenne. Directive 98/78/CE sur la surveillance complémentaire des entreprises d'assurance faisant partie d'un groupe d'assurance, du 27 octobre 1998. Journal officiel des Communautés européennes, n°L330/1 le 5 décembre 1998. Consulté le 20 février 2020.

Parlement européen et Conseil de l'Union européenne. Directive 2009/138/CE sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (Solvabilité II) (refonte), du 25 novembre 2009. Journal officiel de l'Union européenne, n°L335/1 le 17 décembre 2009. Consulté le 20 février 2020.

Perrin G. Mutuelles de la fonction publique : les détails de la circulaire sur le référencement. L'Argus de l'assurance. 30 juin 2016. Consulté le 7 février 2020.

Perrin G. Référencement fonction publique : vers une remise à plat ? L'Argus de l'assurance. 19 août 2019. Consulté le 17 février 2020.

Perrin G. Fonction publique : une réforme de la Protection sociale complémentaire... encore en chantier. L'Argus de l'assurance. 5 septembre 2019. Consulté le 17 février 2020.

Portelli H. Rapport fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de modernisation de la fonction publique. Rapport n°113, session ordinaire de 2006-2007, annexe au procès-verbal de la séance du 13 décembre 2006. Consulté le 11 février 2020.

Premier ministre. Décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs personnels. Version consolidée au 3 février 2020. Consulté le 3 février 2020.

Premier ministre. Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la Protection sociale complémentaire de leurs agents. Journal Officiel de la République Française, n°0261 du 10 novembre 2011, page 18895 texte n°31. Consulté le 3 février 2020.

Rocard M. Mission mutualité et droit communautaire. Rapport

de fin de mission. Mai 1999. Consulté le 25 février 2020.

Sénat : Jourdain A. Avis présenté au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi portant habilitation du Gouvernement à transposer, par ordonnances, des directives communautaires et à mettre en œuvre certaines dispositions du droit communautaire. Avis n°35, session ordinaire de 2000-2001, le 19 octobre 2000. Consulté le 10 février 2020.

Sénat. Mutualité de la fonction publique, question écrite n°16393 de M. Jean-Pierre Plancade, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 10 mars 2005, page 650, et réponse du ministère de la Fonction publique, publiée dans le JO Sénat du 17 novembre 2005, page 2995. Consulté le 12 février 2020.

Sénat. Inquiétudes des mutuelles de la fonction publique, question écrite n°21801 de M. Jean-Pierre Bel, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 23 février 2006, page 467, et réponse du ministère de la Fonction publique, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 30 mars 2006, page 932. Consulté le 12 février 2020.

Sénat. Avenir des mutuelles de la fonction publique, question écrite n°21860 de M. Bernard Dussaut, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 2 mars 2006, page 581, et réponse du ministère de la Fonction publique, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 30 mars 2006, page 933. Consulté le 12 février 2020.

Sénat. Situation financière des mutuelles de la fonction publique, question écrite n°22006 de Mme Esther Sittlet, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 9 Mars 2006,

page 698, et réponse du ministère de la Fonction publique, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 27 avril 2006, page 1222. Consulté le 12 février 2020.

Sénat. Situation des mutuelles de fonctionnaires, question écrite n°22238 de M. André Vantomme, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 16 mars 2006, page 757, et réponse du ministère de la Fonction publique, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 20 avril 2006, page 1144. Consulté le 10 février 2020.

Sénat. Devenir des mutuelles de la fonction publique, question écrite n°24101 de M. Charles Gautier, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 27 juillet 2006, page 1988, et réponse du ministère de la Fonction publique, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 5 octobre 2006, page 2547. Consulté le 10 février 2020.

Sénat. Référencement des mutuelles qui assurent la Protection sociale complémentaire des fonctionnaires, question écrite n°01043 de M. Jean-Pierre Sueur, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 24 août 2017, page 2700, et réponse du ministère de l'Action et des Comptes Publics, publiée dans le Journal officiel du Sénat du 29 mars 2018, page 1488. Consulté le 7 février 2020.

Traité instituant la Communauté Économique Européenne et documents annexes. 1957. Consulté le 6 février 2020.

Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. Journal officiel de l'Union européenne, C326/47 du 26 octobre 2012, page 3334. Consulté le 6 février 2020.

ANNEXES

Annexe n°1 : Les acteurs de la Protection sociale complémentaire (PSC)

La Protection sociale complémentaire est la Protection sociale santé-prévoyance que se procurent les personnes en complément de la protection fournie par la Sécurité sociale. Plus de 95 % des Français en bénéficient³⁸.

Trois organismes apportent cette Protection sociale complémentaire : d'abord les mutuelles, qui relèvent du Code de la mutualité, et dont il convient de rappeler qu'elles ont été les premières à intervenir dans la protection complémentaire santé ; ensuite les institutions de prévoyance, qui relèvent du Code de la Sécurité sociale ; enfin les compagnies d'assurance, qui relèvent du Code des assurances.

Les mutuelles, les institutions de prévoyance et les compagnies d'assurance, qui dépendaient il y a vingt ans de trois dispositifs de contrôle, sont rattachées aujourd'hui à une seule autorité : l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)³⁹, également

38. La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties. Panoramas de la DREES Santé. 2019. Étude réalisée à partir des données de 2017.

39. Article L211-8 du Code de la mutualité. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr. Consulté le 2 avril 2020.

Article L931-4 du Code de la Sécurité sociale. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr. Consulté le 2 avril 2020.

Article L321-1 du Code des assurances. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr. Consulté le 2 avril 2020.

compétente pour les banques, qui les agréent, les contrôlent et peut au besoin les sanctionner, voire leur retirer l'agrément.

Ces trois types d'organismes ont naturellement toute leur place dans la société française, à laquelle ils rendent les meilleurs services. Ils n'en sont pas moins différents par leurs objectifs principaux, par leur mode de gestion et de gouvernance, ainsi que par leur manière de faire à l'égard de leurs adhérents. Loin de les inciter à la concurrence, les pouvoirs publics ne pourraient-ils pas les encourager à avancer respectivement sur leur champ historique principal, en y affirmant leur identité, ce qui est le meilleur moyen d'exprimer leurs qualités ?

Les mutuelles

Une mutuelle est une union de personnes physiques qui s'assurent réciproquement : organisation de solidarité à but non lucratif, elle est gérée démocratiquement par et pour les personnes qui la composent ; celles-ci choisissent en toute liberté les protections qu'elles se donnent, ainsi que les cotisations qu'elles versent pour les financer ; elles expriment leurs choix par un vote où chaque personne dispose d'une voix à égalité. La pratique quotidienne de la relation mutualiste est une pratique de fraternité.

Les mutuelles relèvent du Code de la mutualité. Les mutuelles assurent leurs membres contre les risques

de la vie : maladie, accident, risques liés à la maternité, incapacité de travail, invalidité et décès.

Elles gèrent à cette fin, des contrats individuels par lesquels les membres adhèrent aux statuts ainsi qu'au règlement mutualiste, qui détaille les prestations et fixe les cotisations.

Elles peuvent mener une action sociale, aussi bien par des aides exceptionnelles à des adhérents en difficulté que par l'ouverture et la gestion d'établissements sociaux, tels que des crèches ou des établissements pour personnes handicapées et adulte dépendant.

Elles peuvent aussi constituer sous une forme séparée une branche retraite par capitalisation.

Enfin, certaines mutuelles ont reçu délégation pour gérer un centre de Sécurité sociale : elles offrent ainsi à leurs adhérents un guichet unique pour les prestations de la mutuelle et de la Sécurité sociale.

D'une manière générale, les mutuelles, bien que proche des institutions de prévoyance par l'absence de but lucratif s'en distinguent de manière fondamentale par l'esprit de **liberté individuelle** qui préside à leur création : elles sont créées par **des personnes** et non par des entreprises et des syndicats. De même, elles sont gérées **librement** par les **mutualistes** intervenant à **égalité** – une personne, une voix – alors que les institutions de prévoyance sont gérées paritairement

par les syndicats et l'employeur.

Au cours des vingt dernières années, la réduction du nombre des mutuelles a largement résulté d'opérations de fusion ou de constitution de groupes : on a vu ainsi se créer des Unions Mutualistes de Groupe (UMG), qui interviennent de façon intégrée dans l'ensemble des activités ouvertes par le Code de la mutualité : politique (Livre I), santé-prévoyance (Livre II) et action sociale (Livre III). Le plus remarquable exemple en est le groupe Vv qui rassemble notamment la MGEN, Harmonie Mutuelle, la Mutuelle Nationale Territoriale, la Mutuelle Générale de l'Économie et des Finances.

Des mutuelles ont également créé des Unions de Groupe Mutualistes (UGM), dont la vocation est de faciliter la coopération entre les mutuelles membres et non de les pousser à l'intégration : c'est le cas de l'UGM « Vv Coopération » et aussi de l'UGM « MGEN Partenaires ». Dans la fonction publique d'État, ce sont essentiellement les mutuelles qui couvrent historiquement les agents, chacune d'entre elles étant organisée sur un champ ministériel.

Cependant, les compagnies d'assurance ont saisi l'occasion du référencement de 2016 pour avancer leurs pions, avec quelques succès, en s'alliant parfois avec des mutuelles. Les Institutions de Prévoyance ne sont pas présentes comme telles dans les ministères mais peuvent y recueillir des adhésions individuelles, en même temps qu'elles commencent également à

accueillir des mutuelles ministérielles au sein des groupes de Protection sociale qu'elles construisent.

Les institutions de prévoyance

Une institution de prévoyance est un organisme à but non lucratif intervenant traditionnellement dans les entreprises, créé et géré paritairement par les partenaires sociaux : syndicats et employeur. Elle a pour objet de définir conformément, à l'article L931-1 du Code de la Sécurité sociale⁴⁰, des garanties pour les salariés de l'entreprise, contre les risques de la vie, maladie, incapacité de travail, invalidité, dépendance, décès. L'institution de prévoyance gère à cette fin des contrats collectifs. Elle mène des activités sociales, qui lui permettent d'aider un salarié en difficulté ou de porter des projets sociaux spécifiques pour ses membres. Enfin, elle peut créer un fond de retraite par capitalisation.

Les institutions de prévoyance peuvent prendre la forme d'une institution professionnelle, ou d'une institution interprofessionnelle ou d'une institution d'entreprise.

Le nombre des institutions de prévoyance s'est réduit au cours des vingt dernières années, par concentration,

40. Article L931-3 du Code de la Sécurité sociale. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr. Consulté le 2 avril 2020.

en passant de 75 en 2000⁴¹ à 32 au 1^{er} mars 2020⁴².

C'est dans le même sens qu'ont été créés durant ces dernières décennies de grands groupes de Protection sociale visant à apporter les plus larges réponses aux salariés : complémentaire santé pour les actifs, prévoyance, retraite complémentaire. Ils ont commencé à rassembler des organismes différents : institutions de prévoyance et mutuelles.

Les institutions de prévoyance disposent ensemble d'un Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP).

Les sociétés d'assurance

Une société d'assurance est une société anonyme à but lucratif. Son champ d'activité est particulièrement large puisqu'il couvre tous les dommages matériels, tous les risques de responsabilité civile, ainsi que l'assurance vie. La dimension des plus grandes sociétés d'assurance est beaucoup plus importante que celle des mutuelles ou des institutions de prévoyance.

41. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. Rapport d'activité 2002-2003 de la commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance (CCMIP). Juillet 2004. Consulté le 14 avril 2020.

42. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. Liste des organismes actifs au 01/03/2020. Consulté le 2 avril 2020.

Cependant, l'activité santé est encore une activité seconde pour les compagnies d'assurance. Les contrats santé-prévoyance qu'elles proposent sont ouverts à l'adhésion individuelle et les tarifs dépendent largement du risque que présente l'adhérent. Les compagnies d'assurance fournissent aussi aux entreprises les contrats collectifs obligatoires dont elles ont besoin pour leurs salariés en service actif, sans avoir à couvrir les retraités. Les compagnies ont également commencé à répondre aux appels des ministères pour la couverture santé-prévoyance des agents de l'État.

Les plus grandes sociétés d'assurance disposent pour ce faire de moyens financiers considérables, qui peuvent leur faciliter les actions de promotion commerciale.

Les sociétés d'assurance sont de plus en plus souvent liées à une banque, soit parce que celle-ci dépend d'elles, soit parce que c'est une banque qui les a créées.

Cependant, certaines compagnies d'assurance viennent du monde mutualiste et en ont encore l'esprit.

Les compagnies d'assurance disposent d'une fédération nationale : la Fédération Française des Assurances (FFA).

*

La FNMF, la FFA et le CTIP ont créé en 2005, avec

le Régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM). La FNIM a rejoint l'Union en 2008.

L'UNOCAM est une association qui vise à favoriser les échanges de vues et les propositions communes entre les grandes familles de protection complémentaire santé. Elle participe au dialogue avec les pouvoirs publics. Elle est présidée par Maurice Ronat.

*

Il ressort des analyses qui précèdent, que les mutuelles se distinguent en tous points des compagnies d'assurance. Mais elles se distinguent clairement aussi des institutions de prévoyance.

L'identité des mutuelles n'est pas servie par le langage courant, où l'on nomme souvent « mutuelle », divers organismes de protection complémentaire santé. La prédominance de l'appellation « mutuelle » est certes positive en soi. Mais elle n'en est pas moins source de confusion. Cette confusion a été aggravée par le fait que certaines mutuelles, désireuses de manifester leur capacité de gestion moderne, se sont prêtées à l'usage d'un vocabulaire économiste et technocratique qui ne correspond pas à leur nature et où l'adhérent risque d'apparaître uniquement comme un « client » ou un « consommateur ».

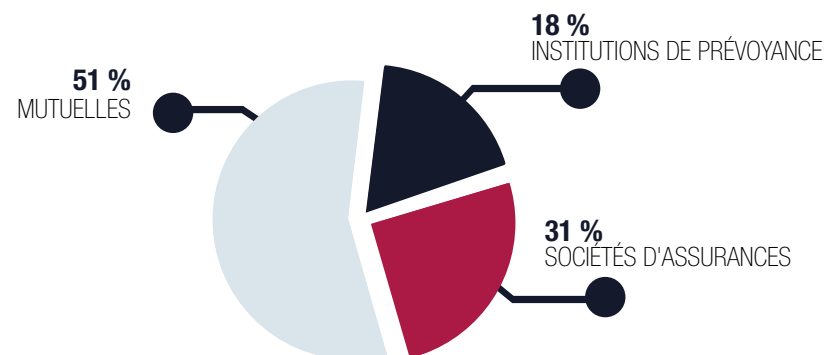
L'imprécision du langage commun contribue d'autant plus à l'imprécision ordinaire de la définition de l'identité mutualiste que celle-ci est difficile à résumer : elle est en effet complexe et ne tient pas en deux ou trois mots, comme le montre la définition proposée au début de la première partie du présent essai et reprise dans la première partie de la présente annexe 1. L'identité des mutuelles correspond à une combinaison de qualités dont certaines n'appartiennent qu'à elles et qu'elles sont seules à avoir ensemble : union de personnes physiques s'assurant réciproquement ; gestion par les adhérents dans un esprit de liberté et d'égalité ; absence de but lucratif ; solidarité pratiquée dans la fraternité.

Annexe n°2 : Représentation des parts du secteur de la complémentaire santé en 2017 et en 2018

Le secteur de la protection complémentaire santé est couvert par les mutuelles, les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance. Les mutuelles occupent nettement la première place ; les assurances viennent en deuxième ; les institutions de prévoyance en troisième.

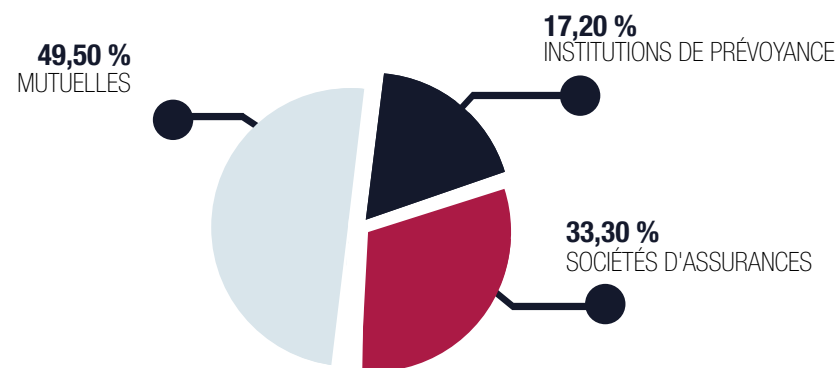
Dans la mesure où plus de 95 % des Français disposent déjà d'une protection complémentaire santé, l'augmentation des parts de l'une de ces catégories d'organismes ne peut se faire qu'au détriment de l'une des autres ou des deux autres. C'est ce qui s'est produit entre 2017 et 2018, où les sociétés d'assurance ont augmenté leur part qui passe globalement de 31 % à 33,30 % ; celle des institutions de prévoyance se réduit légèrement de 18 % à 17,20 % ; celle des mutuelles passe dans le même sens de 51 % à 49,50 %.

Représentation des parts du secteur de la complémentaire santé en 2017



Graphique réalisé par l'auteur à partir des données de la DREES.
La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties. Panoramas de la DREES Santé. 2019.

Représentation des parts du secteur de la complémentaire santé en 2018



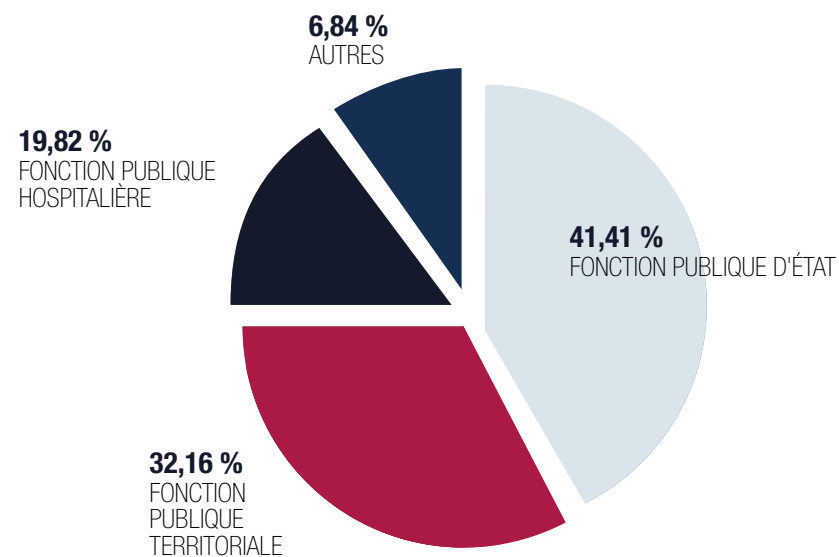
Source : Graphique réalisé par l'auteur à partir des données de la FNMF, de la FFA et du CTIP.
Communiqué de presse du 23 septembre 2019.

Annexe n°3 : Répartition de l'emploi public au 31 décembre 2017

Au 31 décembre 2017, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la France comptait 26,9 millions de personnes actives ayant un emploi, au sens du Bureau International du Travail (BIT).

Les personnels de la fonction publique – 5,5 millions – représentaient 19,8 % – 1 sur 5 – des personnes actives ayant un emploi en France : 2,4 millions dans la fonction publique de l'État ; 1,9 million dans la fonction publique territoriale ; 1,1 million dans la fonction publique hospitalière.

Répartition de l'emploi public au 31 décembre 2017



Source : Graphique réalisé par l'auteur à partir des données de la DGAFP.
Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Édition 2019

Annexe n°4 : La Protection sociale complémentaire des agents de l'État



Le Premier président
62386

Paris, le 21 FEV. 2012

à

Madame Nathalie KOCIUSKO-MORIZET
Ministre de l'écologie, du développement durable,
des transports et du logement

Monsieur Luc CHATEL
Ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse
et de la vie associative

Madame Valérie PÉCRESSE
Ministre du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'État
Porte-parole du Gouvernement

Monsieur François SAUVADET
Ministre de la fonction publique

Objet : la protection sociale complémentaire des agents de l'État

A l'occasion d'un examen des aides publiques destinées au financement de la couverture maladie complémentaire des assurés sociaux, la Cour a analysé les conditions dans lesquelles l'État a entrepris de réformer le soutien qu'il apporte en ce domaine à ses propres agents pour le mettre en conformité avec le droit communautaire.

Au terme de la procédure contradictoire qu'elle a conduite, elle m'a demandé d'appeler votre attention sur les observations suivantes.

1. Les dispositions adoptées ont favorisé le statu quo

Le dispositif traditionnel de subvention aux mutuelles de fonctionnaires, régi par l'article R. 523-2 du code de la mutualité, a été invalidé par une décision du Conseil d'État du 26 septembre 2005. Il l'a jugé contraire au principe d'égalité dès lors que l'aide ne bénéficiait qu'aux seules mutuelles composées d'agents et d'anciens agents de l'État et qu'elle était mise en cause par la Commission européenne comme aide d'État.

La loi de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007 et le décret du n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 y ont substitué un système de référencement. Il consiste pour chaque ministère qui souhaite continuer de contribuer à la protection sociale complémentaire de ses agents, à sélectionner, par mise en concurrence sur la base d'un cahier des charges qu'il leur appartient d'élaborer, un ou plusieurs organismes destinataires de leurs aides.

Cette occasion n'a pas été suffisamment saisie pour homogénéiser les pratiques des différentes administrations de manière à permettre une meilleure égalité de traitement entre les agents. L'approche par ministère a au contraire consolidé des disparités de couverture. Ainsi, les médicaments remboursés à 35 % par la sécurité sociale doivent être pris en charge à 100 % au ministère de la défense pour les personnels civils, à 70 % au ministère de l'éducation nationale, et à 35 % au ministère de l'économie et des finances. En prévoyance, l'incapacité doit être compensée à 75 % au moins du traitement indiciaire brut au ministère de l'éducation nationale, à 85 % à celui de l'écologie et à 100 % à celui de l'économie et des finances. De fait, les ministères ont aligné, en règle générale, les garanties minimales exigées sur les niveaux de prise en charge des mutuelles, opérateurs sortants.

Le couplage obligatoire des risques santé et prévoyance (invalidité-incapacité-décès), s'il peut répondre à des considérations d'ordre social, a par ailleurs favorisé également les mutuelles de fonctionnaires dont c'est la pratique dominante. Cette exigence a notamment eu pour conséquence directe l'élimination d'un certain nombre de postulants qui avaient dû, pour la satisfaire, se regrouper dans des conditions juridiques qui n'ont pas paru satisfaisantes à l'autorité publique.

Certains des critères de choix imposés ont également avantagé les candidats sortants. C'est notamment le cas de celui portant sur la maîtrise financière du dispositif. Ce critère qui a été explicité par un arrêté précisant que les comptes de résultats prévisionnels doivent être réalisés sur la base de deux hypothèses : d'une part, celle où l'ensemble de la population concernée adhère au dispositif et, d'autre part, celle où seule une partie de la population adhère. Or s'il y a bien égalité de situation dans la première, l'opérateur historique, disposant d'une base importante d'adhérents, est mécaniquement seul à même dans la seconde d'apporter une prévision fiable.

2. La mise en œuvre de la procédure de référencement par les ministères n'a pas rétabli l'égalité de traitement entre les candidats

La Cour a étudié plus particulièrement le déroulement de la procédure dans deux ministères.

Le ministère de l'éducation nationale a reconduit la seule mutuelle sortante, après avoir un temps envisagé d'en référencer plusieurs, ce qui était parfaitement concevable en raison de l'importance de ses effectifs.

Il a décomposé les quatre critères réglementaires en quatorze sous-critères qui n'ont pas été portés à la connaissance des postulants. S'il n'existe pas d'obligation juridique en la matière, une telle absence d'information est d'autant plus regrettable que les sous-critères définis ont été étroitement calqués sur la pratique de la mutuelle sortante.

Ainsi en est-il, par exemple, de la tarification, en proportion du revenu, mais non en fonction de l'âge, ainsi que des tarifications préférentielles des conjoints et des enfants de moins de 20 ans, spécificités notoires de la mutuelle considérée.

Ce ministère a également décomposé le critère « rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé » entre trois sous-critères. Si les deux premiers mesurent véritablement ce rapport respectivement pour les actifs et les retraités, le troisième porte sur le niveau des frais de gestion, ce qui n'est guère pertinent, cette appréciation confondant contrats individuels et collectifs d'une part, frais de gestion et frais d'acquisition d'autre part. Or la mutuelle sortante ayant obtenu la moins bonne note sur les deux premiers sous-critères, le troisième lui a permis de compenser cette faiblesse. Ces sous-critères aboutissent également à des conclusions contradictoires : ainsi, telle offre concurrente qui est la mieux notée s'agissant de la solidarité intergénérationnelle est la moins bien notée lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité à assurer la couverture effective des plus âgés.

Par ailleurs, en ce qui concerne le critère de maîtrise financière du dispositif, l'un des sous-critères portait sur la justesse des hypothèses retenues par les candidats en matière de rendement des actifs financiers. Alors que la mutuelle sortante aurait fait preuve d'un « excès d'optimisme », l'un des autres postulants qui est par ailleurs l'un des tous premiers gestionnaires d'actifs au niveau mondial, aurait, quant à lui, fait montre d'un « excès de prudence ». Tous deux se sont vus attribuer la même note.

Le ministère de l'écologie a également reconduit la mutuelle sortante sur la base d'appréciations discutables. Ainsi a-t-il, par exemple, considéré que l'offre du sortant était plus solidaire que celle d'un de ses concurrents. L'offre de celui-ci était pourtant plus favorable en ce qui concerne les solidarités aussi bien intergénérationnelle que financière et seulement un peu moins bonne en ce qui concerne la solidarité familiale.

De la même façon, les évaluations des mérites respectifs de ces deux offres paraissent avantager la mutuelle sortante tant ce qui concerne la maîtrise financière du dispositif (la mutuelle sortante obtient une note supérieure de 35 % à celle de son concurrent alors que, selon les termes du rapport du consultant que s'était adjoint l'administration, elle ne se détache que « légèrement ») que la couverture effective des personnes exposées aux risques (la sortante obtient une note supérieure de 31 % alors que les qualités de l'offre concurrente paraissent équivalentes si ce n'est supérieures).

Dans les deux ministères, les offres non retenues présentaient un meilleur rapport entre la qualité des garanties proposées et les tarifs appliqués que les propositions des mutuelles historiquement présentes, qui ont été reconduites.

3. L'effort financier de l'État employeur est resté à la fois modeste et inéquitable

Les concours que l'État apporte à la protection complémentaire de l'ensemble de ses agents et de ses anciens agents ne représentent globalement guère plus d'une cinquantaine de millions d'euros, selon les estimations de la direction générale de l'administration et de la fonction publique.

Cet effort, extrêmement modeste par rapport à la participation des entreprises au financement de la couverture complémentaire des salariés du secteur privé en matière de santé et

4/4

de prévoyance, est au surplus très inégalement réparti entre les ministères. Certains y consacrent par agent un montant jusqu'à vingt fois plus important que d'autres : de l'ordre de 6 € par agent au ministère de l'éducation nationale, de 21 € au ministère de l'agriculture, de 39 € au ministère de l'écologie, de 63 € au ministère des finances et à celui de la défense, de 120 € au ministère des affaires étrangères. Si, dans ce dernier cas, des spécificités réelles peuvent expliquer une participation élevée, tel n'est pas le cas général, les disparités des aides apportées tenant essentiellement à l'histoire de chaque administration sur le plan social comme budgétaire.

*

Plutôt que de reconduire le dispositif de référencement à son expiration, en 2015, sauf à le redéfinir complètement pour remédier aux multiples biais affectant sa conception et sa mise en œuvre, et sous réserve du bilan complet qui devra alors en être fait, la Cour recommande l'exploration de deux autres voies. La première serait la mise en œuvre, dans la fonction publique d'État, de contrats collectifs obligatoires sur le modèle de ceux conclus par les employeurs privés pour leurs salariés. La deuxième, si le coût de cette première orientation excédait pour l'État employeur ses capacités budgétaires, serait la réallocation des ressources limitées qui sont aujourd'hui consacrées à la protection sociale complémentaire des agents à d'autres formes d'action sociale, comme cela a déjà été fait au ministère de l'intérieur.

-oOo-

Je vous serais obligé de me faire connaître, dans le délai de deux mois prévu à l'article L. 143-5 du code des juridictions financières, les suites que vous aurez données à la présente communication.

Je vous rappelle qu'en application de l'article L. 143-5 du code des juridictions financières, ce référé sera transmis, deux mois après vous avoir été envoyé, aux commissions des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il sera accompagné de vos réponses si celles-ci sont parvenues dans ce délai. A défaut, vos réponses seront transmises au Parlement dès réception par la Cour.

Dans le respect des secrets protégés par la loi, en application de l'article L. 143-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes mettra en ligne sur son site internet le texte du présent référé, accompagné de vos réponses.



Didier MIGAUD

Annexe n°5 : Les solidarités dans le référencement par risque couvert

Pour pouvoir être référencés, les contrats et règlements doivent respecter des exigences de solidarité intergénérationnelle, familiale et en fonction des revenus⁴³.

Le référencement implique que l'adhésion se fasse sans sélection médicale pour la santé.

Pour la prévoyance il ne peut y avoir de sélection médicale que si l'adhésion intervient après cinq années suivant l'entrée de l'agent dans la fonction publique.

Le principe selon lequel les retraités doivent bénéficier des mêmes garanties que les actifs, ne s'applique que pour la santé. En conséquence, le couplage des risques prévoyance n'est pas exigé pour les retraités. C'est une mesure qui s'explique dans la mesure où la couverture du risque prévoyance telle que retenue pour les actifs dans le référencement, coûterait trop cher pour les personnes âgées s'agissant du risque « décès » et du risque « invalidité », tandis que la couverture du risque « perte de traitement » serait inappropriée pour des personnes à la retraite.

43. L'article 9 du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 dispose ainsi que le choix du référencement d'un contrat ou d'un règlement dépend notamment du « degré effectif de solidarité entre les adhérents ou les souscripteurs, intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération ».

S'agissant du risque santé :

Le décret prévoit à l'égard du risque santé une solidarité intergénérationnelle et une solidarité familiale.

La solidarité intergénérationnelle consiste à faire contribuer les agents les plus jeunes, dont le risque est moins élevé, de façon à faire baisser les cotisations des plus âgés pour lesquels le risque est plus élevé. Néanmoins, les cotisations sont plafonnées de façon à ce que le rapport entre le montant des cotisations ou primes le plus élevé et le montant des cotisations ou primes le moins élevé ne soit jamais supérieur à trois. En outre, cette solidarité découle également de l'absence d'âge maximal d'adhésion et du fait que les retraités doivent bénéficier des mêmes garanties que les actifs.

La solidarité familiale, quant à elle, s'exprime par le fait que les tarifs appliqués aux familles les plus nombreuses ne peuvent être supérieurs à ceux qui sont prévus pour les familles de trois enfants.

Il convient également de souligner que la couverture du risque santé s'inscrit dans le cadre des **« contrats solidaires et responsables »**. L'article 20 du décret du 19 septembre 2007 dispose ainsi que :

- « Pour les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les contrats ou règlements doivent prévoir que :

1. Les cotisations ou les primes ne sont pas fixées

en fonction de l'état de santé du souscripteur ou adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;

2. Les garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale et respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même Code. »

- La solidarité résulte de l'absence de sélection médicale et du fait que le montant des cotisations dues au titre du risque santé ne dépend pas de l'état de santé de l'individu ;
- L'aspect responsable, quant à lui, renvoi aux critères définis par le Code de la Sécurité sociale et rappelés par la circulaire du 27 juin 2016⁴⁴, qui prévoit la prise en charge :

- « [du] ticket modérateur pour les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire à l'exception des médicaments remboursés à hauteur de 30 % ou 15 % par l'assurance maladie, de l'homéopathie et des cures thermales ;

- [du] le forfait journalier hospitalier en intégralité et sans limitation de durée dans les établissements de santé. ».

Ce qui s'accompagne d'un encadrement par minima

44. Circulaire n°RDFF1609362C relative à la procédure de référencement des organismes de Protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'État. 27 juin 2016. Disponible sur www.fonction-publique.gouv.fr. Consulté le 4 février 2020.

et maxima en cas de prise en charge des produits d'optiques supérieure au ticket modérateur, d'une prise en charge plafonnée des dépassements d'honoraires des médecins quand ceux-ci n'ont pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention médicale.

Pour être considérés comme responsables, les contrats ne peuvent pas prendre en charge :

- la participation forfaitaire et la franchise ;
- la majoration de participation en cas de non-respect du parcours de soins ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques résultant du non-respect du parcours de soins.

S'agissant du risque prévoyance :

Le décret prévoit à l'égard du risque prévoyance une solidarité intergénérationnelle, entre actifs, et une solidarité en fonction de la rémunération.

La solidarité intergénérationnelle prévue s'agissant de ce risque est comparable à celle prévue à l'égard du risque santé. De fait, le plafonnement des cotisations ou primes dues par le souscripteur ou l'adhérent s'applique également, avec un rapport qui ne peut être supérieur à trois.

La solidarité liée aux revenus implique que le montant des cotisations dépende de la rémunération.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	p7		
PREMIÈRE PARTIE			
LES POUVOIRS PUBLICS ET LES MUTUELLES EN FRANCE, DE LA JUSTE RECONNAISSANCE À L'OUBLI DES VALEURS MUTUALISTES	p13		
I			
IDENTITÉ ET CHAMP D'ACTION SOCIALE DES MUTUELLES EN FRANCE	p14		
II			
UNE HISTOIRE	p29		
L'impact de l'intégration européenne sur la mutualité	p31		
Les principales directives européennes et leur impact sur la mutualité	p36		
A			
<i>Les directives de 1973 et 1979, l'instauration du libre établissement et les premières exigences de solvabilité</i>	p36		
B			
<i>Les directives de 1988 et de 1990, l'instauration de la libre prestation de services</i>	p39		
C			
<i>Les directives de 1992, la concrétisation du marché unique</i>	p40		
D			
<i>La directive 2009/138/CE du 25 novembre 2009, ou directive « Solvabilité II »</i>	p42		
E			
<i>L'entrée en fiscalité des mutuelles</i>	p44		
		F	
		<i>La tentative non aboutie de création d'un statut européen des mutuelles fondées sur leurs valeurs</i>	p44
		F1	
		<i>Les travaux menés au niveau européen pour une reconnaissance de l'identité des mutuelles et la nécessité d'un traitement spécifique</i>	p44
		F2	
		<i>En France, les tentatives également menées pour un statut européen des mutuelles en opposition à la transposition des directives de 1992</i>	p47
		DEUXIÈME PARTIE	
		LES MUTUELLES DE LA FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT, VICTIMES EMBLÉMATIQUES, MAIS FORCES POSSIBLES DE RECONQUÊTE	p53
		I	
		LE RÉFÉRENCEMENT	p56
		La mise en place de la procédure de référencement	p56
		La procédure de référencement	p61
		Les conséquences du référencement	p71
		La question particulière de la relation entre les mutuelles et les syndicats	p78
		II	
		QUE FAIRE EN FRANCE POUR LES MUTUELLES DE LA FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT ?	p87
		CONCLUSION	p99
		BIBLIOGRAPHIE	p107
		ANNEXES	p125

LES PUBLICATIONS DU CRAPS

Nouveau monde, nouvelle Protection sociale ! mai 2017

La Protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné - octobre 2015

Le Livre Blanc novembre 2012

LES CAHIERS DU CRAPS

L'intelligence artificielle : un défi pour la Protection sociale - Intelligence artificielle - 2020

Territoires de santé : de nouvelles frontières - Santé - 2019

Formation professionnelle : du marché à l'individu - Formation professionnelle - 2019

Retraite : un patrimoine collectif - Retraite - 2018

Une bombe à mèche longue - Chômage, formation, accompagnement et indemnisation - 2017

L'emploi : un défi européen - Emploi et Europe - 2017

Quatre stratégies pour maîtriser la dépense - Assurance maladie - 2017

Quelques vérités pour la pérennité d'un patrimoine commun - Financement de la Sécurité sociale - 2017

Huit pistes pour relever les défis de l'hôpital public - Hôpital - 2017

Pour structurer la médecine du XXI^e siècle : la télémédecine - Télémédecine - 2017

Big data et nouvelles technologies, la Protection sociale à l'heure de la révolution numérique - Big

data et nouvelles technologies - 2017

Un quinquennat pour retrouver une ambition française contre le tabagisme - Lutte contre le tabagisme - 2017

Quelle politique mener ? - Addiction à l'alcool - 2017

Une question de méthode - Dialogue social - 2017

LES CRAPSLOG

Retraite : Déciffrer le point ! - mars 2020

PLFSS sur fond de crises - décembre 2019

Le Danemark les enseignements d'une réforme aboutie - octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe Sociale ! - mai 2019

Heur et malheur de l'assurance chômage - février 2019

L'Organisation Internationale du Travail : une utopie en marche ! - octobre 2018

Quelques vérités sur le médicament ! - mai 2018

Quelle nouvelle réforme du système de santé avant la crise ? - février 2018

Le modèle mutualiste dans les pays en voie de développement : quelle implantation ? - novembre 2017

Le grand appareillage orthopédique - novembre 2017

La santé à l'épreuve des territoires - juillet 2017

Les mutuelles au coeur de notre avenir - janvier 2017

Une épidémie nommée tabac - mai 2016

Le numérique au chevet de la médecine... - mars 2016

L'enjeu du vieillissement sur la population - mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas suffisant - janvier 2015

Démographie médicale - avril 2013

LES PARTENAIRES DU CRAPS

Anéo

APAMP

Avenir Mutuelle

Bioméga Services

Cegedim Insurance Solutions

CHI Créteil

Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine
(CMIM)

Centre National d'Expertise Hospitalière (CNEH)

CPAM de Paris

CPAM des Hauts de Seine

Droits des Non-Fumeurs (DNF)

Enedis

Fédération Hospitalière de France (FHF)

GMF (Covéa)

Groupe Vyv

Gustave Roussy

Hôpital Foch

Institut National d'Assurance Maladie (INAM) du Togo

Klésia

La France Mutualiste

Mutuelle Civile de la Défense (MCDef)

Mutualité de la Fonction Publique (MFP) Services

Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE)

Mutuelle Générale de la Police (MGP)

Mutualité Sociale et Agricole (MSA)

Novo Nordisk

Organisation Internationale du Travail (OIT France)

Santé Mobilité Services

SFT-Antel

Syndicat des Biologistes

Unéo

Union Nationale des Professions Libérales (Unapl)

USPO

YCE Partners

DIRECTEURS DE PUBLICATION

Jean-Paul Ségade et Fabien Brisard

PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉDITORIAL

Hervé Chapron

CO-PRÉSIDENTS DU GROUPE DE TRAVAIL

Louis Dominici et Patrice Corbin

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Patricia Dos Santos, Jean-Marie Raffaelli, Caroline Abrial, Fabien Brisard, Anaïs Fossier

CONCEPTION ET RÉALISATION

Fabien Brisard, Pierre-Maxime Claude, Anaïs Fossier

CRAPS

45, rue Boissy d'Anglas, 75008 PARIS

01 73 75 41 09 - accueil@association-craps.fr

© CRAPS 2020

Tous droits réservés.

Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous quelque forme que ce soit, est interdite sans autorisation écrite du détenteur des droits.

Imprimerie GUILLOTTE - LAVAL

Dépôt légal Mai 2020

« QUI VEUT TUER LES MUTUELLES ? »

Voici un essai de recherche et de prospective sur la situation et l'avenir des mutuelles de protection complémentaire santé en France, qui arrive à point nommé. C'est un précieux document de travail, tant par la précision de ses analyses que par ses nombreuses références documentaires. Il porte une libre réflexion sur l'identité des mutuelles en France, sur la mission sociale et de santé publique qu'elles exercent sans but lucratif et sur la dimension citoyenne de leur irremplaçable action de fraternité.

Il évoque la situation favorable faite aux mutuelles à la fin de la Seconde Guerre mondiale, dans le grand élan social de la Libération, et dont elles ont bénéficié jusqu'à la fin du XX^e siècle.

Il constate les difficultés suscitées dans les vingt-cinq dernières années, par la mise en application progressive des directives de l'Union européenne sur le marché unique et sur les assurances. En effet, la Commission de Bruxelles, ne reconnaissant pas l'identité des mutuelles, a exigé qu'elles soient traitées comme des entreprises soumises aux règles de la concurrence. La Commission a ainsi obtenu des gouvernements français successifs que les mutuelles soient privées des exonérations fiscales dont elles bénéficiaient. Les Directives européennes ont compliqué aussi bien la gestion des mutuelles que leurs relations avec les employeurs, particulièrement avec les employeurs publics.

L'essai souligne la nécessité et la possibilité pour les mutuelles, à commencer par les mutuelles de la fonction publique d'État, dont l'histoire et la situation sont emblématiques, de faire reconnaître à nouveau leur identité et la légitimité du traitement spécifique qu'elles méritent. Il les encourage à intervenir davantage sur le terrain politique.

Le combat pour les mutuelles françaises est un combat pour les valeurs sociales, culturelles, morales et politiques de la République.

L'essai a été réalisé par des membres du Cercle de Recherche et d'Analyse sur la Protection Sociale (CRAPS) et par des membres de la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE). Le groupe de travail et de rédaction ainsi constitué, a été coprésidé par l'Ambassadeur ministre plénipotentiaire honoraire Louis Dominici, Président de la MAEE, et le Conseiller maître honoraire à la Cour des comptes Patrice Corbin, Membre du Comité directeur du CRAPS. Il comprenait trois membres de la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes, Madame Patricia Dos Santos, Directrice Administrative et Financière, Monsieur Jean-Marie Raffaelli, conseiller, Madame Caroline Abrial, chargée de mission, et a reçu le concours de Monsieur Fabien Brisard, Directeur général du CRAPS.