
2

Les mutuelles de fonctionnaires de l'Etat gestionnaires du régime obligatoire d'assurance maladie

PRESENTATION

Les 79 mutuelles des fonctionnaires jouent un rôle de premier plan dans le monde de la mutualité : elles couvrent environ 20 % des personnes protégées par des mutuelles contre le risque maladie¹⁶ mais elles versent 35,5 % des prestations versées par les mutuelles, car elles gèrent à la fois la protection complémentaire, comme les autres mutuelles, et les prestations du régime obligatoire d'assurance maladie dont le montant total est plus important.

Compte tenu de leur poids dans l'ensemble de la Fédération nationale de la mutualité française, ce sont très souvent leurs dirigeants qui représentent la mutualité au sein des conseils d'administration des caisses d'assurance maladie, où cette fédération dispose de deux sièges par conseil dans chaque caisse primaire.

La Cour est compétente, en vertu de l'article L. 134-1 du code des juridictions financières, pour contrôler les organismes de droit privé qui assurent en tout ou partie la gestion d'un régime légalement obligatoire d'assurance maladie. Elle a examiné les comptes et la gestion de la Mutuelle générale de la police, de la Mutuelle générale (ex. Mutuelle générale des PTT) et de la Mutualité fonction publique. Elle a par ailleurs enquêté sur la Mutuelle générale des affaires sociales, sur celle de l'Imprimerie nationale et sur les principales mutuelles du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, c'est-à-dire les mutuelles du trésor, des douanes, des agents des impôts, des personnels de l'industrie et de la recherche, de l'INSEE, la Mutuelle centrale des finances et la Mutuelle nationale de l'entraide administrative couvrant les agents de la

¹⁶) bulletin « Etudes et Résultats » - direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) - ministère de l'emploi et de la solidarité : « L'activité des groupements mutualistes : un panorama en 1999 » (janvier 2002).

direction générale de la consommation, concurrence et répression des fraudes.

Tous les organismes ayant fait l'objet de ces contrôles ou de ces enquêtes font partie de la Mutualité fonction publique qui compte 4 650 800 cotisants en 2001, soit plus de 75 % des cotisants de l'ensemble des mutuelles de fonctionnaires.

La Cour a pris en outre connaissance du rapport de l'inspection générale des affaires sociales sur la Mutuelle générale de l'éducation nationale et de ceux de cette inspection générale et de celle des finances sur les remises de gestion allouées aux mutuelles de fonctionnaires.

La Cour a examiné avec une particulière attention les rapports de l'Etat avec les mutuelles de fonctionnaires, qui bénéficient de plusieurs formes de concours publics.

Avant la création de la sécurité sociale, les fonctionnaires bénéficiaient d'un régime particulier d'assurances sociales prévu par les lois organiques des 14 avril 1924 et 21 mars 1928, dont les prestations étaient servies par leurs mutuelles de santé. A partir de 1947, le régime général d'assurance maladie fut étendu aux fonctionnaires, mais leurs mutuelles restèrent seules compétentes pour le service des prestations en nature des assurances obligatoires maladie, maternité et invalidité¹⁷.

Les mutuelles servant ces prestations de base peuvent aussi proposer des régimes complémentaires d'assurance maladie, maternité et invalidité et des services divers en respectant le code de la mutualité et le droit français et communautaire de la concurrence¹⁸.

17) Les prestations en nature ne sont toutefois versées par leurs mutuelles qu'aux fonctionnaires civils ; celles des militaires sont servies par un établissement public, la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS).

18) Bénéficiant d'un monopole pour la couverture de base des fonctionnaires contre le risque maladie, maternité et invalidité, elles ne doivent pas mettre à profit cette situation privilégiée pour fausser le marché de l'assurance complémentaire, où elles sont en concurrence.

I – Le champ de compétence des mutuelles

L'article L. 712-1 du code de la sécurité sociale n'a prévu la gestion du régime obligatoire par les mutuelles que pour les fonctionnaires titulaires de l'Etat. Les statuts de chaque mutuelle cantonnent son champ de compétence aux fonctionnaires, et à leurs ayants droit, d'un ministère ou d'une direction de ministère.

Outre cette exclusivité sur l'assurance de base, chaque mutuelle peut offrir à ses membres une protection complémentaire à laquelle ils sont libres d'adhérer ou non.

Les mutuelles n'assurent cependant pas la protection complémentaire de tous les assurés dont elles gèrent le régime de base : elles ne l'assurent que pour respectivement 88 %, 92 % et 97 % des affiliés des mutuelles du trésor, des impôts et des douanes. En moyenne, 26 % des bénéficiaires actifs¹⁹ de la Mutualité fonction publique confient leur protection complémentaire à des organismes concurrents, en particulier ceux recommandés par les entreprises qui emploient leur conjoint.

La tendance à l'érosion du nombre des adhérents constatée ces dernières années concerne plusieurs mutuelles et les départs à la retraite massifs prévus à partir de 2004 vont l'accentuer : les bénéficiaires actifs de la Mutuelle générale stagnent (1 145 374 en 1997 ; 1 145 445 en 1999) et la réforme décidée en 1995 par cette mutuelle pour autoriser l'adhésion aux membres de la famille des affiliés n'a pas obtenu les résultats escomptés. Ceux de la Mutualité fonction publique déclinent légèrement, de 1 508 619 en 1995 à 1 500 787²⁰ en 2000. Il en est de même des bénéficiaires actifs des huit mutuelles des administrations financières examinées par la Cour, dont le nombre est passé de 432 971 en 1998 à 427 191 en 2001, et de ceux de la Mutuelle générale des affaires sociales, qui ont décliné de 80 556 à 79 378 pendant la même période. Faute de recrutement de nouveaux adhérents en nombre suffisant, la proportion des retraités, plus consommateurs de soins, augmente dans chaque mutuelle au détriment de celle des actifs.

19) Les bénéficiaires actifs sont les personnes qui se sont fait rembourser au moins un décompte de soins au cours d'une année donnée.

20) Le nombre de bénéficiaires actifs de la MFP est de 1 508 619 en 1998 (1 264 618 en section locale interministérielle et 244 001 en section locale ministérielle) et de 1 500 787 en 2000 (1 259 273 en SLI et 241 514 en SLM), d'après les statistiques de la MFP.

Pour enrayer ce phénomène, les mutuelles cherchent à élargir leur recrutement au-delà des seuls fonctionnaires titulaires de l'Etat. La création de France Télécom ayant entraîné une réduction du nombre de fonctionnaires au sein de cette entreprise, la Mutuelle générale a essayé d'attirer - avec un succès d'ailleurs limité - les contractuels ; les autres mutuelles essaient d'attirer les agents non titulaires de l'Etat et les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers. En 2000, elles géraient le régime obligatoire de 278 190 non titulaires et de 123 497 fonctionnaires hospitaliers et territoriaux.

Il est vrai que, pour des raisons sociales, une circulaire du 18 février 1947, confirmée par trois lettres ministérielles de 1982, 1990 et 1991, prévoit cette extension aux non titulaires. Une circulaire de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) du 9 septembre 1985 tente d'encadrer ce mouvement en demandant aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de veiller à ce que les sections locales interministérielles ne recrutent des agents contractuels qu'en respectant certaines conditions²¹.

Ces différents textes ne donnent pas de base légale à cette extension de compétence, qui entraîne plusieurs dysfonctionnements : augmentation indue des remises de gestion commentée ci-dessous, perte d'adhérents pour les mutuelles spécifiques des agents des hôpitaux et des collectivités locales, risque d'infraction au droit de la concurrence.

II – L'organisation des mutuelles

L'article L. 712-6 du code de la sécurité sociale dispose que « les fonctionnaires reçoivent les prestations en nature des assurances maladie, maternité, invalidité... par l'organe de mutuelles ou sections de mutuelles ...constituées entre fonctionnaires ou des unions de ces organismes qui reçoivent compétence à cet effet, pour l'ensemble des fonctionnaires d'une ou plusieurs administrations dans une même circonscription. »

En pratique, l'organisation mutualiste recouvre les structures administratives françaises : il existe au moins une mutuelle par ministère ; le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et celui de

21) Les contractuels doivent avoir demandé à adhérer à une mutuelle de fonctionnaires ; ils doivent appartenir à un service ou un établissement comportant au moins 50 % de personnels titulaires de l'Etat ; leurs contrats doivent avoir une durée minimale d'un an.

l'intérieur en comptent plusieurs. Les mutuelles constituent donc un ensemble éparpillé et très diversifié.

La Mutualité fonction publique, qui est la plus importante union de mutuelles de fonctionnaires, fédère 28 organismes²² qui comptent 4,6 millions de cotisants et 9 millions de personnes garanties : la Mutuelle générale de l'éducation nationale compte à elle seule 1 658 031 cotisants, alors que les sept plus petites mutuelles de l'Union regroupent moins de 10 000 adhérents chacune, pour un total de 39 200 affiliés.

En 1999, la Mutuelle générale rassemblait 702 241 cotisants et leurs 422 359 ayants droits et la Mutuelle générale de la police 148 471 cotisants et 137 759 membres de leurs familles.

Les principales mutuelles du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie regroupent 290 406 cotisants en 2001 (dont 117 568 pour la mutuelle des impôts et 87 878 pour celle du trésor) et 431 687 personnes garanties.

Un seul projet de regroupement a été signalé à la Cour : le rapprochement - qui n'ira pas jusqu'à la fusion des organismes actuels - envisagé par les mutuelles des douanes, des impôts, du trésor et du ministère de la justice, pour créer un ensemble de 500 000 bénéficiaires.

A l'échelon local, les mutuelles ont créé des sections sur une base généralement départementale. L'organisation de leurs réseaux est complexe. La Mutualité fonction publique a créé 93 sections locales interministérielles, qui gèrent dans chaque département les prestations des fonctionnaires de 20 des mutuelles qu'elle fédère. Les autres mutuelles adhérentes à la Mutualité fonction publique font traiter les prestations par leurs propres sections départementales ; en région Ile-de-France, il existe 17 « sections locales ministérielles », qui prennent chacune en charge les prestations d'une seule mutuelle.

La Mutuelle générale est structurée en 102 sections départementales (sauf dans la Seine-Maritime où cohabitent deux sections, à Rouen et au Havre) et gère le centre liquidateur de la sécurité sociale 512 à Paris.

22) Deux des mutuelles adhérent à la Mutualité fonction publique ne concernent pas les fonctionnaires de l'Etat : la Mutuelle nationale territoriale et la Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé, qui comptent respectivement 349 700 et 504 200 cotisants.

La Mutuelle générale de la police compte 37 sections, départementales ou interdépartementales²³, dont 26 traitent à la fois du régime obligatoire et du régime complémentaire et 11 du seul régime complémentaire ; elle cogère en outre, avec la Mutuelle générale des préfetures et de l'administration territoriale, le centre n° 510 de Lognes, compétent pour les agents de l'administration centrale du ministère de l'intérieur. Dans les départements non couverts par des sections de la Mutuelle générale de la police, les prestations (représentant 20 % de l'activité de la mutuelle) sont liquidées par les sections locales interministérielles de la Mutualité fonction publique ; en sens inverse, les sections de la Mutuelle générale de la police assurent le service des prestations pour les adhérents de plusieurs petites mutuelles résidant dans leurs circonscriptions : cette activité représente également 20 % du total de celle de la Mutuelle générale de la police.

Cette organisation locale est coûteuse : dans 19 départements, coexistent les sections locales interministérielles de la Mutualité fonction publique et de deux à neuf sections des autres mutuelles de fonctionnaires. Il conviendrait de simplifier les structures en regroupant les sections d'un même organisme à l'échelon régional ou en fusionnant différents réseaux mutualistes départementaux. La Mutuelle générale des affaires sociales vient d'ailleurs de transférer les activités de sa section locale ministérielle de la région parisienne vers une section régionale interministérielle créée par la Mutuelle fonction publique et dix autres mutuelles, dont celles des agents des impôts, des douanes et du trésor ont l'intention de la rejoindre.

Enfin, l'organisation des mutuelles ne leur permet pas de faire bénéficier tous leurs adhérents de l'avantage que constitue le guichet unique servant à la fois les prestations obligatoires et complémentaires : les sections locales interministérielles de la Mutualité fonction publique ne gèrent simultanément le régime obligatoire et le régime complémentaire que pour 58 % des bénéficiaires actifs : pour 26 % d'entre eux²⁴, elles ne gèrent que la part obligatoire et, pour 16 %, que la part complémentaire, les mutuelles affiliées à la Mutualité fonction publique assurant elles-mêmes le reste de la liquidation.

Cet avantage doit d'ailleurs être relativisé, en raison de l'extension du tiers payant et des différentes procédures de télétraitement qui suppriment ou accélèrent les délais de traitement cumulés des prestations obligatoires et complémentaires pour les assurés sociaux non

23) Certaines sections (« Rhône-Alpes », « Alsace-Lorraine ») couvrent sept ou huit départements.

24) cf ci-dessus "I - Le champ de compétences des mutuelles", alinéa 2.

fonctionnaires, qui recourent aux caisses primaires d'assurance maladie pour leur régime obligatoire et aux mutuelles pour leur régime complémentaire.

III – La gestion des prestations

A – La qualité de la liquidation des prestations

De nombreux contrôles portent sur le respect de la réglementation et la qualité de la liquidation : les commissaires aux comptes, la CNAMTS, qui a passé avec les mutuelles des protocoles d'accord sur la gestion du régime obligatoire prévoyant la mise en place de plans de contrôle interne, et les CPAM, qui procèdent à des audits fréquents des sections locales. La commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance, l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales et, à la demande de la Mutuelle générale de la police et de la Mutuelle générale, des cabinets privés, ont réalisé des audits à vocation plus générale.

Dans le cadre des plans de contrôle interne, le siège des mutuelles et leurs sections locales mettent progressivement en place des structures et des programmes de contrôle interne. Elles n'ont, en revanche, pas encore créé de véritables services d'audit (sauf à la Mutuelle des agents des impôts et, depuis juin 2001, à la Mutuelle générale) : elles se reposent généralement sur de simples commissions de contrôle interne élues par leurs assemblées générales et dont le rôle est, en pratique, très limité.

Les divers contrôles n'ont pas révélé de taux d'anomalies excessifs ni de transferts de charges entre prestations versées au titre du régime obligatoire et du régime complémentaire. Toutefois, des retards trop importants ont été constatés dans le traitement des feuilles de soins dans certaines sections de la Mutuelle générale de la police et de la Mutuelle générale et des fraudes (décomptes fictifs de prestations) ont par ailleurs été détectées dans deux centres de la Mutuelle générale de la police et sanctionnées par la justice en 1998.

B – La productivité de la liquidation

La productivité des sections est très variable. Dans le cas de la Mutualité fonction publique, les sections locales interministérielles sont très performantes : en 1999, elles ont géré 28,6 millions de décomptes

avec 1 293 agents²⁵ dont 708 affectés directement à la liquidation, soit une productivité globale de 22 119 décomptes par agent, contre 11 985 pour les CPAM, et une productivité de la liquidation de 40 395 décomptes par agent directement affecté à celle-ci, contre 21 987 pour les CPAM.

La productivité de la Mutuelle générale de la police et surtout celle de la Mutuelle générale étaient très inférieures à celle de la Mutualité fonction publique, malgré la similitude de leurs clientèles respectives. La hiérarchie des résultats s'explique par les économies d'échelle réalisées par la Mutualité fonction publique, dont les effectifs d'affiliés sont beaucoup plus importants, et par la qualité de l'informatique de cette dernière, qui dispose d'un système performant et régulièrement actualisé depuis 1990. Ces deux mutuelles ont réalisé des efforts de productivité depuis les contrôles de la Cour pour améliorer leurs performances.

Productivité comparée des sections départementales et des CPAM *

Organismes	Productivité totale (décomptes par agent et par an)	Productivité de la liquidation (décomptes par liquidateur et par an)	Coût informatique par décompte (en euros)
CPAM	11 985	21 987	0,51
Mutualité fonction publique	22 119	40 395	0,57
Mutuelle générale de la police	10 931	23 453	0,81
Mutuelle générale	11 733	16 842	1,01

* Les chiffres cités proviennent des dernières statistiques homogènes disponibles ; ils concernent les exercices 1997 (CPAM), 1998 (Mutuelle générale), ou 1999 (Mutualité fonction publique et Mutuelle générale de la police). La Mutuelle générale précise que sa productivité totale serait de 14 838 décomptes par agent et par an, en ne retenant que les agents ayant une activité concernant la gestion du régime obligatoire.

C – La gestion du risque et de la prévention

L'article L. 112-2 du code de la mutualité donne compétence aux mutuelles pour traiter de l'ensemble des aspects du régime obligatoire, y compris la gestion du risque et la prévention. C'est pourquoi la CNAMTS a passé avec les principales mutuelles des protocoles d'accord relatifs à la politique de gestion du risque en 1996 et 2000.

25) En équivalents temps plein.

Ces protocoles prévoient, d'une part, une action de « gestion du risque au fil de l'eau » visant à recenser systématiquement les anomalies susceptibles d'augmenter les charges de l'assurance maladie constatées dans le comportement des assurés et des prescripteurs de soins.

Il prévoient, d'autre part, une « gestion du risque thématique » pour préparer des actions de prévention adaptées à chaque risque. Dans le cadre des « plans régionaux d'assurance maladie » élaborés par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), auxquelles participent les mutuelles, la Mutualité fonction publique est concernée, par exemple, par la maladie d'Alzheimer, dans le cadre du plan régional d'assurance maladie de Basse-Normandie, et par le bon usage des médicaments, en Bretagne. Les sections de la Mutuelle générale et de la Mutuelle générale de la police signent depuis 1995, avec les caisses primaires d'assurance maladie, des « plans locaux de gestion du risque » sur l'ensemble du territoire.

Cette politique récente n'a pas obtenu de résultats significatifs, car les mutuelles ne suivent pas l'évolution des dépenses d'assurance maladie par poste et par type d'acte et ne disposent pas de médecins conseils pour analyser de telles informations. En effet, aucune disposition réglementaire ne permet à ce jour de concrétiser le rôle de gestionnaire à part entière de l'assurance maladie que leur confère l'article L. 111-2 du code de la mutualité.

Aucune raison juridique ou technique n'explique, en revanche, le retard constaté dans les actions de prévention qu'elles mènent auprès des fonctionnaires par rapport à celles dont sont l'objet les agents du secteur privé. La Mutuelle générale de la police par exemple, qui dispose de quatre centres dentaires, ne participe à l'action de prévention bucco-dentaire de la CNAMTS que depuis l'an 2000 et dans un seul de ses centres.

Cette situation devrait se redresser car la CNAMTS et la Mutualité fonction publique étudient la mise en œuvre par les URCAM d'actions régionales conjointes de prévention.

IV – Les remises de gestion et les aides publiques aux mutuelles

A – Les remises de gestion

1 – Le mode de calcul des remises de gestion

Le régime juridique du remboursement aux mutuelles des prestations légales versées aux fonctionnaires et des frais de gestion correspondants est défini à l'article L. 712-7 du code de la sécurité sociale²⁶.

Les prestations proprement dites sont directement remboursées aux mutuelles par la CNAMTS sur la base de conventions types.

Quant aux frais de gestion administrative, ils sont couverts par les remises de gestion dont les modalités de calcul et de répartition sont définies sur la base de l'article R. 712-1 et pris en charge par le fonds national de gestion administrative du régime général.

Un arrêté interministériel du 26 septembre 1991 précise que le montant annuel des remises de gestion est calculé pour une période de neuf ans, avec réexamen conjoint tous les trois ans, par référence au coût moyen de gestion par « assuré actif pondéré » (ayant reçu au moins le paiement d'une prestation dans l'année) constaté dans les cinquante caisses primaires et centres de traitement électronique intercaisses les plus performants, affecté d'un taux de réfaction de 16,5 % « destiné à prendre en compte le différentiel d'activité entre les caisses primaires d'assurance maladie et les mutuelles ».

Ces remises de gestion représentent 283,42 M€ en 2000 pour l'ensemble des mutuelles de fonctionnaires, dont 128,44 M€ pour la Mutuelle générale de l'éducation nationale, 81,05 M€ pour la Mutualité fonction publique, 50,17 M€ pour la Mutuelle générale et 13,75 M€ pour la Mutuelle générale de la police.

Le nouvel arrêté du 15 novembre 2000, couvrant la période du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2007, a introduit quelques innovations. Les remises de gestion sont désormais calculées en fonction du nombre des « bénéficiaires actifs » (incluant les ayants droit des cotisants) et non

26) Les mutuelles « reçoivent, des caisses d'assurance maladie, les fonds nécessaires au service des prestations et justifient auxdites caisses de l'emploi des fonds reçus ».

plus des « assurés actifs » ; un contrat de gestion doit être passé entre la CNAMTS et chaque mutuelle ; il doit prévoir les modalités d'établissement d'une comptabilité analytique « permettant de déterminer le coût de gestion du régime obligatoire », fixer des objectifs de qualité de service et de productivité correspondant à ceux assignés aux caisses et des règles d'intéressement et des pénalités financières applicables en fonction du respect de ces objectifs.

2 – L'inadaptation du système

a) Les données prises en compte sont incertaines

La CNAMTS n'a pas toujours une connaissance précise des effectifs des assurés actifs des mutuelles, dont les déclarations diffèrent de leurs statistiques internes. Ainsi, lorsque la Société mutualiste des personnels de la police nationale, qui ne gérait qu'un régime complémentaire, a été autorisée en 1992 à verser les prestations obligatoires, il a fallu six années à la CNAMTS pour connaître avec précision le nombre des agents au titre desquels elle devait désormais servir des remises de gestion à cet organisme. Il conviendrait que la CNAMTS utilise les possibilités offertes par ses moyens informatiques et par le répertoire national d'identification des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM) pour recenser avec précision les effectifs de chaque mutuelle.

b) La réglementation est contestable et mal respectée

La référence aux cinquante CPAM et centres de traitement électronique et intercaisses les plus performants est purement conventionnelle. Même corrigée par un coefficient de réfaction, elle paraît arbitraire, compte tenu des nombreuses missions spécifiques assumées par les caisses et non par les mutuelles.

Par ailleurs, le calcul des remises de gestion s'effectue dans des conditions non conformes à la réglementation. En effet, il prend en compte tous les assurés actifs auxquels les mutuelles ont servi le régime obligatoire, même hors de leur champ légal de compétence, en acceptant des agents non titulaires ou des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers qui disposent de leurs propres mutuelles. Ces dernières, non concernées par l'article L. 712-1 du code de la sécurité sociale, ne sont pas obligées de gérer le régime obligatoire, mais elles ont passé des conventions avec les CPAM qui leur délèguent le droit de servir les prestations obligatoires,

conformément à la faculté offerte par l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale : elles bénéficient de remises de gestion spécifiques, dont le mode de calcul, régi par l'arrêté du 2 décembre 1994, diffère de celui des mutuelles des fonctionnaires de l'Etat.

Il n'est pas certain que cette extension de compétence aux agents non titulaires et aux fonctionnaires hospitaliers et territoriaux soit compatible avec le droit de la concurrence. Elle permet en effet aux mutuelles de fonctionnaires de gérer à meilleur compte les prestations complémentaires des agents en cause que les autres mutuelles, les institutions de prévoyance et les compagnies d'assurance auxquelles elles se substituent ainsi, car, même quand les remises de gestion ne sont pas d'un montant exagéré, elles couvrent toutes les dépenses afférentes à la gestion du régime obligatoire, celles résultant de la liquidation des prestations complémentaires étant alors marginales.

Cette situation doit être régularisée, soit en faisant appliquer l'article L. 712-1, soit en l'assouplissant pour autoriser, par exemple, les mutuelles de fonctionnaires à gérer le régime obligatoire des agents non titulaires qui le souhaitent. Une telle extension de champ de compétence devrait s'accompagner des réformes des modalités d'octroi des remises de gestion et des aides publiques aux mutuelles proposées au présent rapport, pour éviter qu'elle ne permette indirectement aux mutuelles de fonctionnaires de gérer les prestations complémentaires des non titulaires dans des conditions privilégiées par rapport aux organismes concurrents. Il paraît, en revanche, peu souhaitable d'étendre le bénéfice d'une telle réforme aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, qui bénéficient de mutuelles et d'une réglementation spécifiques.

Consciente des diverses imperfections du système des remises de gestion, la CNAMTS les compense dans des conditions contestables, en fixant le montant des remises avec un retard systématique de plusieurs années et en appliquant par exemple à la dotation de la mutuelle générale de la police un abattement de 5 % sans aucune base légale depuis 1998.

c) Le coût de la gestion du régime obligatoire est mal connu

Les mutuelles contrôlées par la Cour ne possèdent pas de comptabilité analytique permettant de distinguer le coût de la gestion des prestations légales de celui des prestations complémentaires : la Mutuelle générale de la police ne dispose pas d'une telle comptabilité ; celle de la Mutuelle générale est conçue de façon à répartir les coûts selon une clé fixée a priori, non révisée malgré la diminution de la part du régime obligatoire dans la masse des prestations gérées ; celle de la Mutualité fonction publique ne distingue pas ces coûts, considérés comme

indissociables. A la suite des contrôles de la Cour, la Mutuelle générale de la police et la Mutuelle générale se sont engagées à se doter d'une comptabilité analytique opérationnelle.

L'enquête menée en 2002 auprès des mutuelles des administrations financières montre que seules la Mutuelle centrale des finances et la Mutuelle des personnels de l'industrie et de la recherche ont mis au point des comptabilités analytiques distinguant le coût du régime obligatoire et du régime complémentaire, mais ces dernières ne concordent pas avec les conclusions du rapport d'enquête de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales de janvier 2000 sur les remises de gestion allouées aux mutuelles de fonctionnaires.

Ce rapport a tenté d'évaluer le coût réel de la gestion du régime obligatoire à partir des études disponibles au sein de chaque mutuelle – études par définition imparfaites et réalisées sur des bases forfaitaires puisque les mutuelles ne disposent généralement pas de comptabilité analytique complète. Il estime que les remises de gestion excèdent le coût réel du traitement des prestations du régime obligatoire dans tous les cas examinés, sauf celui de la Mutuelle générale. Il relève en outre que les autres aides publiques accordées à certaines mutuelles majorent fortement cet excédent :

Comparaison des remises de gestion (RG) et des autres aides publiques par rapport au coût réel de gestion du régime obligatoire de certaines mutuelles

	RG/coût brut par bénéficiaire	RG/coût net par bénéficiaire *
Mutualité fonction publique	143 %	143 %
Mutuelle générale des affaires sociales	121 %	136 %
Mutuelle des agents des impôts	133 %	145 %
Mutuelle du trésor	127 %	142 %
Mutuelle centrale des finances	103 %	177 %
Mutuelle générale	87 %	105 %
Mutuelle générale de l'éducation nationale	108 %	108 %
* La colonne « RG/coût net par bénéficiaire » compare les remises de gestion au coût de gestion par bénéficiaire, après avoir défalqué de ce coût le montant des autres aides publiques de toutes natures reçues par chaque mutuelle.		

La possibilité pour une mutuelle de dégager une marge positive à partir des remises de gestion présente un risque au regard du droit de la

concurrence national²⁷ et communautaire²⁸ : ces remises de gestion dont elles bénéficient doivent avoir pour contrepartie l'exercice d'une mission d'intérêt général et être proportionnelles au coût de celle-ci. Dans le cas contraire, elles reviennent à subventionner les autres activités (gestion du régime complémentaire et prestations mutualistes diverses) qui s'exercent sur le marché concurrentiel et peuvent donc être sanctionnées.

Ce risque est d'autant plus grand que les mutuelles bénéficient d'aides publiques susceptibles de faire double emploi avec les remises de gestion.

Comme le suggérait le rapport public sur la sécurité sociale de 1998 (page 520), « ces observations plaident pour la mise en œuvre d'un système véritablement transparent permettant de rapprocher le montant des remises de gestion des coûts réels supportés par les mutuelles pour la gestion du régime obligatoire ».

Le nouvel arrêté interministériel évoqué plus haut constitue un progrès à cet égard. Toutefois, pour donner à ce texte son plein effet, les méthodes comptables devraient être normalisées, pour être comparables dans toutes les mutuelles. Conformément aux recommandations du rapport de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales sur les mutuelles des finances, le versement d'une quote-part de 5 à 10 % des remises de gestion pourrait être subordonné au respect des objectifs retenus par ces contrats.

B – Les aides publiques aux mutuelles

Les mutuelles de fonctionnaires reçoivent des subventions et des prestations gratuites de l'Etat, sous forme de mise à disposition de fonctionnaires, de locaux, de matériels et de services. Ces aides sont très variables²⁹. La Mutualité fonction publique bénéficie en outre de l'exclusivité de la gestion des chèques vacances des fonctionnaires et des agents de La Poste et de France Télécom.

27) L'avis du conseil de la concurrence n° 98-A-03 considère les aides accordées aux mutuelles de fonctionnaires comme des « avantages concurrentiels » dès lors qu'ils profitent directement à des activités ouvertes à la concurrence ».

28) La Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE) considère les organismes de gestion des régimes complémentaires de sécurité sociale répondant à certaines conditions comme des entreprises soumises aux règles du traité relatives à la concurrence : arrêt COREVA (C-244/94) du 16 novembre 1994.

29) Selon une enquête réalisée par la Mutualité fonction publique, les subventions représentent, selon les mutuelles, de 0 à 16 % des cotisations encaissées et les aides en personnel de 0 à 14 % de ces cotisations.

Le ministère de l'intérieur verse par exemple 4,25 M€ de subventions à l'ensemble des mutuelles regroupant ses agents, dont 2,39 M€ à la Mutuelle générale de la police. La préfecture de police fait bénéficier en outre la Mutuelle générale de la police de 38,11 K€ de subventions et de 0,41 M€ de remises de gestion au titre des accidents du travail que cette mutuelle gère en région parisienne (alors qu'ils sont traités par les services de l'Etat, conformément au droit commun, dans le reste de la France). La Poste et France Télécom accordent de leur côté, en 1998, 22,26 M€ de subventions et concours divers à l'action sociale de la Mutuelle générale. Le ministère de l'emploi et de la solidarité subventionne la Mutuelle générale des affaires sociales à la hauteur de 0,23 M€ à titre de participation à ses charges locatives en 1999.

Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie a versé 4,50 M€ d'aides directes à neuf mutuelles en 1998 et 4,82 M€ en 1999. Ces dernières bénéficient par ailleurs d'aides indirectes : la mise à disposition, en 1998, de 248 agents, représentant un avantage de 5,73 M€, et de 8 330 m² de locaux d'une valeur locative de 1,97 M€. A la suite de l'enquête de la Cour sur la gestion des services sociaux du ministère, le ministère de tutelle a réduit ses subventions directes à 4,37 M€ en 2001 et régularise progressivement la situation en passant des conventions prévoyant le remboursement du traitement des agents mis à disposition et la prise en compte des aides indirectes.

Les mutuelles relevant du ministère de l'intérieur reçoivent le concours de 189 fonctionnaires, dont 43 affectés à la Mutuelle générale de la police, payés par l'Etat, y compris les primes de nuit ou de « postes difficiles », que leur affectation à la mutuelle générale de la police ne justifie guère. Ces agents bénéficient de décharges de service totales ou partielles, accordées en vertu d'un décret du 9 mai 1995, dont les dispositions sont mal appliquées (elles prévoient des conventions entre les ministères et les mutuelles qui ne sont pas passées) et paraissent contraire à l'article 22 de la loi du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat, qui prévoit non la décharge de service mais la mise à disposition auprès d'un organisme d'intérêt général, au titre de laquelle les traitements des agents mis à disposition doivent être remboursés à l'Etat par l'organisme bénéficiaire.

De surcroît, les fonctionnaires ainsi prêtés à la Mutuelle générale de police y reçoivent des « indemnités de sujétion » contraires au statut général de la fonction publique et non déclarées au fisc et aux unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).

Les exploitants publics mettent à disposition de la Mutuelle générale un nombre d'agents qui décroît progressivement mais

représentait encore 392 équivalents temps plein en 1998. Ce concours fait l'objet de conventions départementales, mais le traitement des agents n'est pas remboursé à La Poste ou à France Télécom.

La Mutuelle générale des affaires sociales bénéficie de 44,5 équivalents temps plein sans convention ni remboursement de traitement, par le ministère de l'emploi et de la solidarité et les hôpitaux.

La Mutualité fonction publique bénéficie pour sa part d'un nombre réduit et décroissant d'agents mis à disposition : 25,8 équivalents temps plein en 1998, dont les traitements font l'objet de conventions et sont remboursés à l'Etat.

Les locaux prêtés à la Mutuelle générale de la police par le ministère de l'intérieur représentent un avantage en nature de 0,76 M€ environ en 1999. La Mutuelle générale bénéficie d'un petit nombre de locaux, mais de véhicules et de prestations gratuites d'affranchissement et de téléphone. Toutes les mutuelles de fonctionnaires profitent du précompte gratuit sur les bulletins de paie des cotisations mutualistes par la direction générale de la comptabilité publique.

L'ensemble des aides publiques précitées représente 7,62 M€ par an pour la Mutuelle générale de la police et 30,49 M€ pour la Mutuelle générale ; elles s'ajoutent aux remises de gestion de 13,75 M€ dans le cas de la Mutuelle générale de la police et de 50,17 M€ dans celui de la Mutuelle générale.

Les aides sont autorisées par l'article R. 523-2 du code de la mutualité au titre de l'action sociale et de la « couverture des risques sociaux assurés par ces mutuelles » et par l'arrêté interministériel du 19 septembre 1962, qui en plafonne le montant au quart des cotisations reçues et au tiers des prestations versées. Ces plafonds sont respectés, mais il est indispensable de mettre fin aux irrégularités constatées dans les modalités de mise à disposition du personnel.

Des conventions devraient en outre être passées systématiquement entre l'Etat (ou les exploitants publics, dans le cas de la mutuelle générale), la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et les mutuelles, pour préciser leur objet, de façon à éviter le double emploi avec les remises de gestion et le risque d'infraction aux règles de la concurrence qu'il entraîne.

Une autre forme de privilège a été accordé par l'Etat aux mutuelles : l'exclusivité de la gestion des chèques vacances des fonctionnaires et agents de La Poste et de France Télécom accordée sans mise en concurrence préalable à la Mutualité fonction publique (qui a délégué cette attribution à la Mutuelle générale de l'éducation nationale)

par une simple circulaire du 17 mars 1986, alors qu'une ordonnance du 26 mars 1982 avait donné compétence en la matière à l'agence nationale des chèques vacance. Cette activité concerne 223 000 agents qui ont reçu 176,08 M€ de chèques en 2000 ; elle rapporte aux mutuelles concernées environ 3,05 M€ par an, sous forme de rémunération forfaitaire versée par l'Etat et de produits financiers. La loi « précarité » du 3 janvier 2001 a prévu, pour donner un cadre juridique à cette délégation que la gestion des chèques vacances peut être confiée à une association ou une mutuelle. Un décret du 27 avril 2001, pris pour son application, s'est borné à confirmer la situation existante.

L'ensemble de ces aides publiques accordées par l'Etat aux mutuelles de fonctionnaires ont permis à certaines d'entre elles de se lancer dans des politiques coûteuses, au risque de compromettre leurs résultats.

V – L'évolution de la situation financière des mutuelles

L'article R. 322-7 du code de la mutualité prévoit le respect d'une marge de sécurité égale à 14 % des cotisations et à 4 % des provisions techniques nettes de réassurance. Toutes les mutuelles examinées respectent cette norme, à vrai dire peu contraignante, en raison de la qualité du risque que constituent les fonctionnaires et de l'importance des concours publics.

Néanmoins, l'évolution de la situation de certaines mutuelles est préoccupante : le résultat du groupe constitué par la Mutuelle générale de la police et ses filiales décroît de 12,65 M€ en 1992, à 8,42 M€ en 1998 ; celui de la Mutuelle générale progresse favorablement, de 13,57 M€ à 15,70 M€, pendant la même période, mais les comptes de deux des entités qui la composent se dégradent : de 10,37 M€ à 2,59 M€ pour la caisse autonome vieillesse et décès et de 1,98 M€ à - 5,64 M€ pour la caisse autonome incapacité et invalidité.

Le résultat net de la Mutualité fonction publique décroît de son côté de 6,11 M€ à 2,85 M€, de 1996 à 2000.

L'érosion déjà évoquée du nombre des adhérents des mutuelles, que les départs à la retraite massifs prévus à partir de 2004 vont accentuer, et des diversifications hasardeuses expliquent cette dégradation.

Les difficultés de recrutement sont imputables à la fois au moindre attrait que présente aujourd'hui le système du guichet unique et à la forte concurrence que connaît le secteur de la couverture sociale complémentaire, situation que les mutuelles sont mal armées pour affronter.

La politique immobilière et la conduite des diversifications de certaines mutuelles sont caractérisées par un certain manque de professionnalisme : la Mutuelle générale, par exemple, a acheté en 1992 à un promoteur un immeuble de 2039 m², rue Boulanger dans le 10^e arrondissement, pour y loger son centre de liquidation de Paris, pour 24,36 M€ TTC, soit un prix au m² (10 042 € hors stationnement) très supérieur au prix de référence de l'époque ; le surcoût de cette opération, estimé à 12,20 M€, l'a conduite à pratiquer un amortissement accéléré en 25 années au lieu de 50, qui pèse sur ses résultats.

Le déficit cumulé des œuvres sociales de la Mutuelle générale de la police, de 1992 à 1998, atteint 4,28 M€. Les six centres de vacances de la Mutuelle générale accusent un déficit de 0,405 M€ pour 7,50 M€ de recettes ; son village de vacances en Corse a requis un investissement total de 9,76 M€, dont elle a financé 50 % à la fin des années 80, et 1,34 M€ d'avances en compte courant, de 1994 à 1998, sans jamais réunir les conditions d'une exploitation durablement équilibrée.

La Mutuelle générale s'est fortement engagée dans un petit établissement bancaire, la Banque française, dont les résultats, en forte baisse depuis 1994, ne sont redevenus positifs que depuis l'exercice 2000 : elle possède 20 % de son capital à titre direct et 11,4 % au travers de la société MFP Participation ; elle participe à hauteur de 5,03 M€ à la structure de défaisance créée pour apurer une partie de ses créances ; elle a immobilisé 43,75 M€ de certificats de dépôt dans ses comptes pour le soutenir, montant qui a été réduit à 22,86 M€ à la fin de 2001. La Mutualité fonction publique a pris le relais, par le biais de ses participations dans la société MFP Participations et dans la Banque Fédérale Mutualiste. La Mutuelle générale de la police et la Mutuelle du trésor ont également pris des participations dans la Banque Française.

En revanche, compte tenu de l'importance de l'action sociale du ministère en faveur de ses agents, les mutuelles du ministère des finances ne gèrent plus d'œuvres sociales et ne possèdent généralement pas d'activités annexes, à l'exception des participations déjà évoquées, dans les banques mutualistes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les mutuelles de fonctionnaires sont confrontées à un quadruple défi : la dégradation de leurs résultats, au moins pour certaines d'entre elles, l'érosion de leurs effectifs, l'obligation de séparer leurs activités d'assurance de leurs œuvres sociales et la nécessaire réduction des remises de gestion et des autres aides publiques qu'elles reçoivent, qui ne sont pas conformes aux règles de la concurrence et leur ont permis des diversifications hasardeuses.

Si le régime obligatoire des fonctionnaires de l'Etat avait été géré par les caisses de sécurité sociale, le coût marginal de cette prestation aurait été probablement inférieur à celui des remises de gestion et autres aides reçues par les mutuelles.

Il est nécessaire que les autorités de tutelle incitent les mutuelles à rationaliser leurs structures, en se regroupant en entités viables et en réorganisant leurs réseaux locaux, actuellement trop dispersés. De même, il conviendrait de s'interroger sur leurs diversifications et de développer la fonction de contrôle de gestion.

En conclusion, la Cour recommande :

- 1. de revoir le système des remises de gestion :
 - de mesurer les effectifs réels des bénéficiaires actifs de chaque mutuelle ;
 - d'adopter un nouveau mode de calcul des remises de gestion, fondé sur une évaluation plus réaliste du coût des prestations obligatoires d'assurance maladie, surestimée par le système en vigueur ;
 - de normaliser les méthodes de comptabilité analytique à mettre en œuvre par les mutuelles.*
 - 2. de régulariser la situation des agents non titulaires de l'Etat et des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers dont les prestations obligatoires sont gérées par des mutuelles de fonctionnaires, qui reçoivent des remises de gestion à ce titre, contrairement à l'article L. 712-1 du code de la sécurité sociale.*
 - 3. de supprimer les aides publiques aux mutuelles, sauf dans le cadre de contrats passés avec les ministères compétents (ou les exploitants publics, dans le cas de la mutuelle générale) et la CNAMTS, en précisant l'affectation de ces aides, de façon à éviter qu'elles ne fassent double emploi avec les remises de gestion.*
-

*REPONSE DU MINISTRE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE
INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES*

S'agissant des relations entre le ministère et les mutuelles, le principe de l'établissement de conventions de partenariat a été retenu, en conformité avec les engagements pris. Toutefois, l'entrée en vigueur prévue pour le 22 avril 2002 du nouveau code de la mutualité a conduit à différer ce conventionnement en raison du report au 31 décembre 2002 de la date d'application de cette législation liée à l'absence de publication des textes réglementaires essentiels, portant notamment sur le statut des élus mutualistes et des personnels mis à disposition des mutuelles, les conditions d'activité des mutuelles (séparation des activités, fusions, substitution, etc...), dont certains ne sont d'ailleurs pas encore publiés à ce jour.

La mise en application de ces nouvelles règles a contraint les mutuelles à opérer une réorganisation en profondeur, se traduisant par des scissions d'organismes et la création de nouvelles mutuelles dédiées, en fonction des activités exercées.

Pour le conventionnement, il est également nécessaire d'attendre que les mutuelles aient obtenu l'agrément, formalité substantielle prévue par le code de la mutualité, du ministère chargé des affaires sociales, qui n'interviendra qu'au cours du 1^{er} semestre 2003. A cet effet, les constats d'état des lieux précités sont communiqués à ce département ministériel pour l'assister dans sa décision.

Ce ne sera donc que sur production de la décision d'agrément que pourra être engagée la procédure de conventionnement d'une mutuelle, acte fondateur du partenariat avec le ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales dans le domaine de l'action sociale.

*REPONSE DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TRAVAIL ET DE DE LA SOLIDARITE
ET DU MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES
HANDICAPEES*

Observations générales

➤ *La Cour considère que l'organisation locale des mutuelles, trop dispersée, est coûteuse et devrait faire l'objet d'une simplification en regroupant en entités viables les différentes sections locales existantes.*

Compte tenu des modalités de fixation des remises de gestion, en référence au coût de gestion des 50 CPAM les plus performantes, une organisation géographique sous-optimale des sections locales mutualistes

(SLM) serait supportée en termes de coût par les mutuelles de fonctionnaires à qui il appartiendrait de prendre l'initiative d'éventuels regroupements de SLM. En outre, la direction de la sécurité sociale (DSS) ne peut être que favorable au principe d'un regroupement régional ou départemental des SLM dans la mesure où il apporte des gains de productivité et une amélioration de la qualité de service rendu à l'utilisateur. A ce sujet, elle est favorable à un projet de la Mutualité de la fonction publique (MFP) de regroupement de certaines SLM d'Ile-de-France sur l'année 2003.

➤ *La Cour recommande d'adopter un nouveau mode de calcul des remises de gestion fondé sur une évaluation du coût réel de gestion des prestations obligatoires d'assurance maladie.*

En ce qui concerne les modalités de calcul, la solution consistant à payer les remises de gestion à hauteur du coût de gestion du régime obligatoire (RO) constaté au travers de la comptabilité analytique serait moins incitative que le dispositif actuel à la recherche d'une gestion au meilleur coût. Aussi, la DSS privilégie la solution de l'arrêté du 15 novembre 2000 qui détermine le montant des remises de gestion par référence au coût de gestion constaté dans les 50 CPAM les plus performantes et qui a l'avantage d'inciter les mutuelles à aligner leur coût de gestion sur les 50 meilleures caisses.

Enfin, il est possible et probable que le coût marginal de la gestion par la CNAMTS des fonctionnaires serait inférieur à celui des 50 meilleures caisses. Toutefois, il est certain également que le législateur ne se limiterait pas à des considérations de coûts s'il était amené à examiner l'opportunité de confier la gestion des fonctionnaires à la CNAMTS.

➤ *La Cour recommande de normaliser les méthodes de comptabilité analytique à mettre en œuvre par les mutuelles.*

L'arrêté du 15 novembre 2000 prévoit en son article 3 la mise en place d'une comptabilité analytique afin de déterminer le coût de gestion du régime obligatoire (RO). La CNAMTS et les mutuelles de fonctionnaires ont prévu d'entamer la réflexion à ce sujet en 2003. La DSS est favorable à l'établissement de cette comptabilité analytique qui est un outil intéressant d'une part pour effectuer des comparaisons entre les mutuelles et les CPAM sur le coût de gestion du RO et d'autre part pour disposer d'un suivi de ce coût de gestion.

Pendant, il convient de rappeler à la Cour que la liquidation du régime obligatoire et du régime complémentaire (RC) émane pour l'essentiel d'une activité de saisie et de contrôle unique. La répartition des coûts de gestion entre le RO et le RC est donc délicate. Le mode de fixation des clés de répartition, nécessaire à l'établissement d'une comptabilité analytique, ne pourra être que conventionnel, l'Etat ne pouvant se substituer à la CNAMTS et aux mutuelles de fonctionnaires dans ce domaine.

➤ *La Cour recommande de régulariser la situation des agents non titulaires de l'Etat et des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers dont les prestations obligatoires sont gérées par des mutuelles de fonctionnaires d'Etat.*

La gestion de personnels non titulaires de l'Etat par des mutuelles de fonctionnaires a pour origine une circulaire de 1947, confirmée par différents courriers ministériels. Les discussions actuelles entre la MFP et la CNAMTS portent notamment sur les évolutions possibles en ce domaine.

La gestion du régime obligatoire des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux par un organisme mutualiste est soumise au droit commun défini à l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale. Cette catégorie de fonctionnaires ne peut donc pas bénéficier du régime spécial prévu à l'article L. 712-1 du code de la sécurité sociale qui ne concerne que les fonctionnaires de l'Etat. A cet égard il convient de rappeler que le ministère chargé de la sécurité sociale a toujours soutenu cette position dans le cadre de différents courriers ministériels et également dans sa réponse du 23 octobre 2002 à la Cour des comptes sur le relevé de constatations provisoires relatif à la mutualité de la fonction publique.

➤ *La Cour recommande de supprimer les aides publiques aux mutuelles, sauf dans le cas de contrats passés avec les ministères compétents et la CNAMTS, en précisant l'affectation de ces aides, de façon à éviter qu'elles ne fassent double emploi avec les remises de gestion.*

Une circulaire conjointe des ministres des affaires sociales, de la santé, du budget et de la fonction publique demandant à tous les ministères un état des lieux sur ce sujet est en cours d'élaboration. Cette circulaire vise à recenser l'ensemble des subventions directes ou indirectes (mises à disposition de locaux et de personnels) allouées par les ministères à leurs mutuelles. Sur la base de ce constat objectif, une rationalisation des relations, notamment financières, entre l'Etat et les mutuelles de la fonction publique, pourra être entreprise :

- les subventions indirectes actuellement non valorisées devront l'être, dans le cadre de rapports contractuels entre les ministères et leurs mutuelles. En particulier, des conventions de gestion devront impérativement être établies pour clarifier la situation juridique et budgétaire des agents administratifs mis à disposition ;*
- une plus grande transparence de l'utilisation des subventions directes aux mutuelles de la fonction publique devra être mise en place, de manière à accroître la visibilité de la politique sociale des ministères, dans le respect de la participation des fonctionnaires à la gestion de l'action sociale, culturelle et sportive dont ils bénéficient (art. 9 modifié de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983).*

Cette clarification, qui se situe en dehors de la problématique des remises de gestion, n'implique pas la CNAMTS, mais relève de relations contractuelles entre les ministères et leurs mutuelles.

Observations relatives à la Mutuelle générale des affaires sociales (MGAS)

• Suite aux observations de la Cour des comptes dans son relevé de constatations provisoires de mai 2001 sur les dépenses d'action sociale du ministère chargé de la santé et de la solidarité imputées sur le chapitre 33.92 au cours des exercices 1996 à 1999, une convention a été mise en place et signée avec la Mutuelle générale des affaires sociales.

Dans le cadre de cette convention passée entre le ministère de l'emploi et de la solidarité et la Mutuelle générale des affaires sociales (MGAS) pour l'année 2001 et dans celle en cours de finalisation pour 2002, les aides accordées par l'administration au titre des charges locatives ou en termes de mise à disposition de personnel ont fait l'objet d'une valorisation, reprise dans les comptes de la MGAS.

• En ce qui concerne les agents mis à disposition de la MGAS, le ministère s'est engagé dans une politique de non-renouvellement des agents mis à disposition ; la convention passée entre le ministère chargé de la santé et de la solidarité et la MGAS pour l'année 2001 a prévu que les agents mis à disposition ne seraient pas remplacés lors de leur départ.

Le non renouvellement des agents mis à disposition, après qu'ils aient quitté la mutuelle, fait l'objet d'une compensation financière.

Les agents mis à disposition de la mutuelle par le secteur solidarité du ministère étaient au nombre de 32 au 1^{er} janvier 2001 (en équivalent temps plein : 30,44) et de 28 au 31 décembre 2001 (équivalent temps plein : 26,44). Au 31 décembre 2002 le nombre d'agents mis à disposition ne sera plus que de 24 (équivalent temps plein : 22,56).

Ces agents mis à disposition sont valorisés dans les comptes de la Mutuelle pour 922 494 € à la date de la signature de la convention 2001.

La convention prévoit, par ailleurs, que les agents mis à disposition de la MGAS ne reçoivent aucun complément de traitement de la MGAS.

• En ce qui concerne la participation de l'administration aux frais de location du siège de la mutuelle, elle est effectivement valorisée dans les comptes de la MGAS pour 0,237 M€. Il convient d'y ajouter une participation aux charges locatives pour les sections régionales prévue par la convention et valorisée sur la base de 150 € par m² sur une base de 12 m² par agent mis à disposition, ce qui représente une charge de 43 200 € en 2001 pour 24 agents et 36 000 € pour 20 agents en 2002.

• *Les négociations en vue de la passation d'une nouvelle convention entre l'administration et la MGAS pour l'année 2002 ont repris les principes énoncés ci-dessus et se sont accompagnées d'un refus d'accorder une aide supplémentaire demandée par la mutuelle afin qu'elle puisse faire face aux exigences d'ordre prudentiel du nouveau code de la mutualité.*

La MGAS a dû alors rechercher un partenariat pour pallier l'insuffisance de ses fonds propres. L'administration a pris bonne note de la délibération de l'assemblée générale de la MGAS des 19 et 20 juin 2002 par laquelle a été décidée la signature d'une convention de substitution entre la MGAS et l'Union mutualiste de prévoyance non-vie et caution de La Mutualité Fonction Publique, dite "MFPrécaution" qui lui permettra d'assurer la viabilité des prestations servies au titre du nouveau code de la mutualité. La commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance a donné son agrément au projet de convention de substitution qui devrait être signé avant le 31 décembre 2002.

Si la taille critique insuffisante de la MGAS nécessite, à court terme, cet adossement à une autre mutuelle, par convention de substitution, il conviendra, à plus long terme, qu'elle cherche à fusionner avec une autre mutuelle.

En tout état de cause, le plafond des aides susceptibles d'être apportées par l'administration à la MGAS de 25 % des cotisations versées par les membres participants, posé par l'arrêté du 19 septembre 1962 modifié par l'arrêté du 23 avril 1976, n'est pas dépassé par les subventions versées.

De plus, leur versement a été subordonné à la mise en œuvre de mesures de redressement au premier chef desquelles se place la conclusion de la convention de substitution.

• *En ce qui concerne les remises de gestion, la MGAS, ayant transféré la liquidation des dossiers au service régional interministériel de la Mutualité Fonction Publique, ne perçoit de remise de gestion qu'au titre des activités qu'elle continue à assurer en matière d'accueil et de renseignement de ses adhérents sur les prestations du régime obligatoire d'assurance maladie.*

Il doit être observé de plus que l'administration a prévu dans le projet de convention pour l'année 2002 que les subventions accordées ne soient plus utilisées de façon indifférenciée et notamment pas à la gestion des prestations du régime obligatoire, mais soient affectées aux prestations servies aux seuls adhérents actifs et retraités de l'administration. Cette position vient de lui être notifiée par lettre commune du 9 octobre 2002 des directions des ressources humaines de nos ministères sociaux.

• *Les conclusions de cette insertion au rapport public seront reprises dans une lettre à la MGAS, lui demandant notamment de mettre en place un dispositif afin :*

- *de régulariser la situation des agents non-titulaires de l'Etat et des agents hospitaliers pour lesquels elle reçoit des remises de gestion contrairement aux dispositions de l'article L. 712-1 du code de la sécurité sociale ;*
- *d'étudier la mise en place d'un plan interne de contrôle de la qualité des liquidations de prestations ;*
- *de construire dans le cadre de son contrôle interne de gestion des indicateurs de productivité et de performance des services liquidateurs.*

*REPONSE DU MINISTRE DE LA FONCTION PUBLIQUE,
DE LA REFORME DE L'ETAT ET DE L'AMENAGEMENT
DU TERRITOIRE*

La Cour formule des remarques concernant la dévolution, à titre exclusif, à la Mutualité fonction publique, de la gestion des chèques-vacances des fonctionnaires et des agents de la Poste et de France Télécom. La Cour observe, notamment, qu'aucune solution alternative n'a été recherchée avant l'adoption du décret n° 2001-371 du 27 avril 2001 relatif aux modalités de la gestion des prestations d'action sociale interministérielles et que ce décret s'est borné dans ce domaine à confirmer le monopole de la Mutualité fonction publique, sans mise en concurrence préalable.

Il convient de rappeler que l'expérimentation du chèque-vacances entre 1983 et 1986 a été conduite avec l'agence nationale pour les chèques-vacances (ANCV). Cette expérimentation n'a pas donné les résultats escomptés, des risques de rupture de l'équité dans le service de cette prestation et des difficultés rencontrées par sa gestion, ayant été constatées. C'est pourquoi une convention de gestion a été formalisée le 9 mai 1986, en présence du directeur de l'ANCV, avec la Mutualité fonction publique. Un dernier avenant daté du 8 juin 2000 a eu pour effet de proroger d'un an, à compter du 1^{er} janvier 2000 les effets de cette convention. Ce dispositif a d'ailleurs été entièrement révisé et une convention, à effet du 1^{er} janvier 2002, a été conclue avec la MFP le 2 mai 2002.

Le législateur a, par ailleurs, décidé dans l'article 25 de la loi n° 2001-3 du 3 janvier 2001, modifiant l'article 9 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, que « l'État peut confier, à titre exclusif, la gestion de tout ou partie des prestations dont bénéficient les agents à des organismes à but non lucratif ou à des

associations nationales ou locales régies par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association ».

En application de la loi du 3 janvier 2001 mentionnée ci-dessus, le Premier ministre a pris le décret n°2001-371 du 27 avril 2001 relatif aux modalités de la gestion des prestations d'action sociale interministérielles qui confie la gestion, à titre exclusif, des prestations d'action sociale interministérielles à la fédération nationale des mutuelles de la fonction publique (dite mutualité fonction publique - MFP).

Enfin, conformément à l'article 3 du décret n°2001-371 du 27 avril 2001 relatif aux modalités de la gestion des prestations d'action sociale interministérielles, une convention, en date du 14 mai 2001, visant à assurer la continuité du service des prestations d'action sociale aux agents et qui reprend le dispositif antérieur, a été conclue pour 2001 entre la MFP et la DGAFP aboutissant à la conclusion de la convention du 2 mai 2002 précitée.

Ces dispositions ne contreviennent pas au droit de la concurrence. Le décret n° 2001-371 du 27 avril 2001 a confié, à titre exclusif, à la MFP, conformément tant aux dispositions de l'article 6 de la directive 92/50 du 18 juin 1992, qu'aux dispositions du droit national (article 9 modifié de la loi du 13 juillet 1983 précitée), la gestion de ces prestations sociales permettant de se réclamer de l'exception aux règles de mise en concurrence.

En effet, les modifications législatives et réglementaires intervenues visaient à lever toute ambiguïté sur la compatibilité des modes de gestion habituels de l'action sociale dont bénéficient les fonctionnaires.

Cette directive impose « aux pouvoirs adjudicateurs » des règles de mise en concurrence avant le choix du prestataire, tenant compte du montant du marché et prévoyant des exceptions en certains domaines (services d'arbitrage et de conciliation, opérations sur les instruments financiers, services touchant la sécurité ou les secrets de l'Etat, etc.) La gestion des prestations d'action sociale n'est pas comprise dans le champ de ces exceptions générales. Néanmoins, les modalités de choix du prestataire de services ne sont couvertes par cette directive que dans la mesure où elles sont fondées sur des marchés publics et non pas sur d'autres bases, telles que des dispositions législatives ou réglementaires.

L'article 6 de la directive prévoit qu'elle ne s'applique pas aux marchés publics de services attribués à une entité, qui est, elle-même, un pouvoir adjudicateur, « sur la base d'un droit exclusif dont elle bénéficie en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives publiées, à condition que ces dispositions soient compatibles avec le traité » instituant la communauté.

Ainsi, l'exception prévue par l'article 6 s'applique lorsque sont réunies quatre séries de conditions :

1. le prestataire doit pouvoir être regardé comme un « pouvoir adjudicateur », au sens de la directive ;
2. le prestataire doit disposer d'un droit exclusif à assurer les prestations en cause ;
3. ce droit doit lui avoir été conféré par des « dispositions législatives, réglementaires ou administratives publiées » ;
4. ces dispositions doivent, elles-mêmes, être compatibles avec le traité.

Le dispositif mis en place par la modification de l'article 9 de la loi du 13 juillet 1983 précitée, introduite par l'article 25 de la loi du 3 janvier 2001 précitée, et le décret du 27 avril 2001 répond aux deuxième et troisième conditions.

S'agissant de la quatrième condition, qui est celle du respect des exigences résultant directement du traité, les dispositions prises dans le domaine de l'action sociale, sont compatibles avec les règles de concurrence fixées par les articles 81 et suivants du traité, ces articles visant à interdire les ententes, les limitations de production et de débouchés ainsi que l'acceptation, par les partenaires, de prestations supplémentaires sans lien avec l'objet du contrat, ceci pour ne pas affecter le commerce entre Etats membres.

Or, la Cour de justice de la communauté européenne a déjà jugé (30 avril 1974, Sacchi, rec. p. 409 ; 17 mai 1994, Corsica Ferries, rec. p. 1783) que le simple fait, pour une législation nationale, de créer une position dominante par l'octroi d'un droit exclusif au sens de l'article 86 du traité (ex-article 90), paragraphe 1, n'est pas, en tant que tel, incompatible avec l'article 82 (ex-article 86), l'abus de position dominante résultant du comportement de l'entreprise.

Or, en l'espèce, la MFP se voit confier, à titre exclusif, uniquement la gestion de certaines prestations d'action sociale interministérielles. Elle ne dispose pas de la possibilité de réglementer les conditions d'octroi de ces prestations, cette réglementation étant définie conjointement par le ministre chargé de la fonction publique et le ministre chargé de l'économie et des finances. La MFP, même en disposant de ce droit exclusif, n'a pas la possibilité d'influencer de manière déterminante les autres mutuelles en leur imposant la mise en place des mêmes prestations ou en les conduisant à se retirer du marché du fait de la détention de ce droit exclusif.

Le décret du 27 avril 2001 précité ne place pas davantage la MFP dans une position où elle pourrait entraver substantiellement la concurrence et ne laisser subsister que des mutuelles dépendantes, dans leur comportement, de la stratégie qu'elle aurait retenue, compte tenu de la détention de ce droit exclusif. Il convient, à cet égard, de rappeler qu'en tout état de cause, la gestion de ces prestations ne constitue qu'une activité

accessoire de la mutuelle et que la durée de la convention du 2 mai 2002 conclue avec la MFP n'est que de trois ans.

Par ailleurs, la gestion des prestations d'action sociale interministérielles ne constitue pas une activité marchande. Ces prestations, quel que soit le prestataire chargé de leur gestion, obéiront aux mêmes conditions et seront d'un même montant, la définition de la réglementation étant extérieure au prestataire. En fait, le décret du 27 avril 2001 précité ne s'inscrit pas dans une logique de marché, mais dans celle d'un mode particulier d'organisation du service. Au surplus, à supposer qu'il y ait monopole dans cette affaire, celui-ci ne concerne qu'une portion très limitée du territoire communautaire et n'est donc pas susceptible d'avoir une incidence sur les échanges intra-communautaires.

S'agissant de la première condition, c'est-à-dire celle selon laquelle les organismes qui se voient confier un « droit exclusif » doivent se voir reconnaître la qualité de « pouvoir adjudicateur », il convient de se référer à la définition de ce terme donnée par la directive. Le pouvoir adjudicateur peut être aux termes de l'article 1^o (point b) de la directive :

« L'Etat, les collectivités territoriales, les organismes de droit public, les associations formées par une ou plusieurs de ces collectivités ou de ces organismes de droit public./ Par « organisme de droit public », on entend tout organisme créé pour satisfaire spécifiquement des besoins d'intérêt général ayant un caractère autre qu'industriel et commercial, et ayant la personnalité juridique et dont, soit l'activité est financée majoritairement par l'Etat, les collectivités territoriales ou d'autres organismes de droit public, soit la gestion est soumise à un contrôle par ces derniers, soit l'organe d'administration, de direction ou de surveillance est composé de membres dont plus de la moitié est désignée par l'Etat, les collectivités territoriales ou d'autres organismes de droit public. »

Saisie de la question de savoir si tous les besoins d'intérêt général ont nécessairement un caractère autre qu'industriel et commercial, la Cour de justice des communautés européennes a répondu que s'il existe « à l'intérieur de la catégorie des besoins d'intérêt général, une sous catégorie de ceux d'entre eux qui ont un caractère autre qu'industriel ou commercial », cette sous catégorie n'exclut pas, par principe, des « besoins qui sont également satisfaits ou pourraient l'être par des entreprises privées. » (CJCE, 10 novembre 1998, Gemeente Arnhem et Gemeente Rheden, n°360-96). Dans une autre affaire (CJCE, 15 janvier 1998, Mannesmann Anlagenbau Austria AG, n°44-96), la Cour a précisé que la qualité d'organisme de droit public peut être attribuée à une entité même si celle-ci n'exerce sa mission d'intérêt général que sur une partie peu importante de ses activités.

La qualité de « pouvoir adjudicateur » peut donc être reconnue non seulement aux établissements publics, mais aussi à des « organismes de droit

public » au sens de la directive européenne, mais de droit privé selon les définitions juridiques du droit français. L'article 9 de la loi n°91-3 du 3 janvier 1991 relative à la transparence et à la régularité des procédures de marchés a repris cette définition, à cette différence près que les organismes assujettis aux règles prévues par cet article 9, même créés pour satisfaire un besoin d'intérêt général, y sont qualifiés d'organismes de droit privé, puisque la présence des critères énumérés par la directive ne suffit pas à les faire considérer en droit français comme des personnes publiques.

En l'espèce, la Mutualité fonction publique est bien dotée de la personnalité juridique et elle a pour objet la satisfaction de besoins d'intérêt général autre qu'industriel et commercial. Elle est, d'ailleurs, qualifiée de groupement à but non lucratif dans l'article L.111-1 de l'ancien code de la mutualité et de personne morale de droit privé à but non lucratif dans le nouveau code. La MFP assure ainsi la gestion, pour le compte de ses nouvelles adhérentes, du régime obligatoire d'assurance maladie, ainsi que celle de la part complémentaire réservée aux mutuelles. Enfin, le lien avec l'Etat résultant du financement majoritaire ou du contrôle ou de la présence dans les organes dirigeants se traduit, en l'espèce, par le contrôle, institué par l'article L.531-1 de l'ancien code de la mutualité, qui prévoit le contrôle des mutuelles par la commission de contrôle mentionnée aux articles L.732-10 et L.732-12 du code de la sécurité sociale. Le nouveau code de la mutualité reprend ces dispositions dans l'article L.510-1 et prévoit le contrôle de l'Etat sur les mutuelles par la commission de contrôle et des institutions de prévoyance instituée par l'article L.951-1 du code de la sécurité sociale. Compte tenu de ces éléments, la Mutualité fonction publique remplit les conditions pour être regardée comme « pouvoir adjudicateur » au sens de la directive 92/50/CEE.

Dès lors, le décret du 27 avril 2001 n'a pas méconnu les règles de mise en concurrence fixées par la directive communautaire et le droit national. Par ailleurs, il ne semble pas qu'un parallèle avec les règles relatives au droit des assurances soit approprié puisque ces prestations, destinées à contribuer à l'amélioration de l'environnement social des personnels, reposent sur des critères sociaux qui les destinent exclusivement aux agents de l'Etat dont les ressources sont inférieures à des plafonds de revenus modestes. Toutefois une autre mutuelle et deux organisations syndicales ayant introduit un recours, en cours d'instruction au Conseil d'Etat tendant à l'annulation du décret du 27 avril 2001, le jugement rendu sur cette affaire permettra donc d'apprécier le caractère fondé ou non du dispositif qui a été mis en place.

Dans ce contexte, le ministère de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire s'attachera donc à suivre les recommandations de la Cour, sachant que dans le domaine de l'action sociale interministérielle, toute solution ne peut être envisagée que si elle recueille le consensus tant de l'Etat que des organisations syndicales.

REPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE
MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

La Cour recommande :

1 – de revoir le système des remises de gestion

Le projet de convention pluriannuelle de gestion entre la CNAMTS et les mutuelles de fonctionnaires, négocié dans le cadre prévu par l'arrêté du 15 novembre 2002, prévoit un système de détermination des remises par bénéficiaire.

L'application d'un effort de gestion fait converger, pour l'exercice 2003 le montant des remises de base de toutes les mutuelles de fonctionnaires vers une cible constituée par le coût de gestion des cinquantes CPAM les plus performantes, affecté d'un abattement négocié avec les mutuelles de fonctionnaires et représentatif du différentiel de périmètre d'activité assuré dans le cadre de la gestion du régime obligatoire.

- de mesurer les effectifs réels des bénéficiaires actifs de chaque mutuelle

La mise en place du SNIR-AM permet de dénombrer les bénéficiaires de chaque mutuelle ayant perçu une prestation dans l'année. Les effectifs de bénéficiaires actifs déclarés par chaque mutuelle, et servant de base à la détermination de l'enveloppe globale de remise de gestion, peuvent ainsi être vérifiés.

De même il est possible aujourd'hui d'effectuer un contrôle de vraisemblance en rapprochant les déclarations de la mutuelle du nombre de bénéficiaires qui lui sont rattachés au RNIAM.

- d'adopter un nouveau mode de calcul des remises de gestion, fondé sur une évaluation du coût réel de gestion des prestations obligatoires d'assurance maladie

Le mode de calcul prévu par la nouvelle convention pluriannuelle de gestion se réfère au coût de gestion constaté dans les CPAM les plus performantes, donc à un coût réel de gestion des prestations obligatoires d'assurance maladie.

- de normaliser les méthodes de comptabilité analytique à mettre en œuvre par les mutuelles

Le projet de convention pluriannuelle comporte l'engagement, pour les mutuelles de mettre en place, avant le 31 décembre 2003, une comptabilité analytique permettant de déterminer le coût de gestion du régime obligatoire, selon une méthodologie déterminée en concertation entre les mutuelles de fonctionnaires et la CNAMTS.

2 – de régulariser la situation des agents non titulaires de l'Etat et des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers dont les prestations obligatoires sont gérées par des mutuelles de fonctionnaires, qui reçoivent des remises de gestion à ce titre, contrairement à l'article L. 712-1 du code de sécurité sociale.

Pour ce qui concerne la situation des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers dont les prestations sont gérées par des mutuelles de fonctionnaires, il est fait application des dispositions de l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale qui prévoit que la délégation de gestion n'est susceptible d'intervenir qu'à la suite d'une délégation des conseils d'administration des caisses.

Pour ce qui concerne les agents non titulaires de l'Etat, la situation actuelle prend en compte l'application de la circulaire ministérielle n° 47 SS du 18 février 1947, confirmée par la note DSS/A2/91/11 du 21 février 1991 et l'opposition, plusieurs fois manifestée par le ministère de tutelle, à la remise en cause des situations existantes par les CPAM qui avaient délégué cette gestion.

La CNAMTS souhaite que cette situation soit régularisée :

- soit en assouplissant l'article L. 712-1 du code de la sécurité sociale pour que les mutuelles de fonctionnaires soient autorisées à gérer le régime obligatoire des agents non titulaires qui le souhaitent, et en précisant les conditions de cette délégation (durée minimale du contrat du non titulaire, existence d'une option en faveur de la gestion parla mutuelle, catégorie d'établissement concerné) ;

- soit par l'application à la délégation de gestion de cette population des dispositions de l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire la possibilité pour les CPAM d'en confier la gestion aux mutuelles de fonctionnaires mais aussi de leur en retirer la gestion si elles l'estiment opportun.

Une telle solution supposerait toutefois la réforme du mode de détermination des remises de gestion, prévu par l'arrêté du 2 décembre 1994, afin d'accorder aux mutuelles une remise de gestion homogène pour toutes les circonscriptions administratives.

REPONSE DU PRESIDENT DE FRANCE TELECOM

France Télécom n'est pas impliquée, directement ou indirectement, via la Mutuelle Générale, à la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie des fonctionnaires qui lui sont rattachés. Les décisions en la matière relèvent exclusivement des textes réglementaires et des accords passés entre la CNAM, les CPAM et la Mutuelle Générale, sans aucune intervention de France Télécom.

Pour les salariés de droit privé, un régime obligatoire de prévoyance (décès/arrêt de travail), assuré par la Mutuelle générale, a été mis en place à compter du 23 novembre 1991.

Ce régime de prévoyance collectif des salariés de droit privé a d'ailleurs évolué à deux reprises :

- le 28 janvier 1998 signature, suite à l'accord collectif du 18/12/97, d'un contrat avec la MG et la CAPRICEL PREVOYANCE , agissant en tant que co-assureurs de la totalité des risques, pour la mise en place d'un régime de prévoyance obligatoire (décès-arrêt de travail-frais de santé) pour les salariés de droit privé de FT SA.

- le 12 juin 2001 signature, suite à accord cadre au niveau du Groupe France Télécom du 21 février 2001, d'un contrat avec la Mutuelle Générale et la CAPRICEL PREVOYANCE, agissant en tant que co-assureurs de la totalité des risques, pour la mise en place d'un régime de prévoyance obligatoire (décès-arrêt de travail-frais de santé) pour l'ensemble des salariés de droit privé du Groupe France Télécom.

Ces différents contrats n'ont pas modifié la situation des salariés concernés en matière de gestion du régime obligatoire.

*REPONSE DU PRESIDENT DE LA MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE****Observations en qualité d'organisme participant à la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie******Présentation : observations***

La Mutualité Fonction Publique souhaite apporter des réponses correspondant à sa situation propre de gestionnaire du régime obligatoire de l'assurance maladie, en complément des observations générales produites dans le cadre de sa mission fédérale.

Au préalable, il est précisé, la Cour mentionnant un chiffrage des adhérents des mutuelles regroupées au sein de la MFP et concluant à un taux

significatif de cotisants à des mutuelles de fonctionnaires non membres de la MFP, que ce taux (environ 25 %) paraît très éloigné de la réalité. Il ne correspond pas, en effet, aux statistiques habituellement publiées et aux renseignements obtenus auprès de la tutelle et de la FNMF.

Le champ de compétence des mutuelles : une compétence légitime

La Cour fait état d'une "tendance" à l'érosion du nombre des adhérents des mutuelles de fonctionnaires.

Force est de constater, en ce qui concerne la MFP, que les chiffres cités (qui ne correspondent qu'aux seuls bénéficiaires actifs, gérés par le régime obligatoire), 1 508 615 en 1998 et 1 500 787 en 2000, ne possèdent pas une nette valeur démonstrative.

L'organisation des mutuelles : une organisation adaptée aux besoins

L'organisation du réseau des mutuelles recouvre une réalité répondant aux besoins de proximité et de qualité de service. Cette organisation, en cohérence avec la nécessaire satisfaction de ces besoins, résulte de décisions approuvées par les organes délibérants des différentes mutuelles. Des évolutions sont en cours, évolutions dont la Cour a eu largement connaissance, afin de s'adapter à de nouveaux besoins ou, s'agissant de la région parisienne, de regrouper des sections locales ministérielles au sein de la MFP dans une section régionale interministérielle.

A ce jour, 11 sections locales ministérielles sur 17 sont intégrées ou en cours d'intégration. Il s'agit, par ordre chronologique, de la Mutuelle générale des affaires sociales, de la Mutuelle du trésor, de la Mutuelle du personnel de la Caisse des dépôts et consignations, de la Mutuelle nationale de l'entraide administrative, de la Mutuelle nationale aviation marine, de la Mutuelle des agents des impôts, de la Mutuelle du ministère de la justice, de la Mutuelle civile de la défense, de la Mutuelle générale des personnels du Ministère de l'agriculture et des organismes rattachés, de la Mutuelle des douanes et de la Fraternelle mutuelle de l'imprimerie nationale. La Mutuelle générale des préfetures et de l'administration territoriale et la Mutuelle des personnels de l'industrie et de la recherche devraient également intégrer cette structure régionale.

La gestion des prestations

Les remarques concernant ce sujet sont contenues dans la réponse générale formulée par la MFP au nom de l'ensemble des mutuelles.

Les remises de gestion

Les remarques concernant ce sujet sont contenues dans la réponse générale formulée par la MFP au nom de l'ensemble des mutuelles.

Néanmoins, il convient de souligner un point particulier. Le tableau intégré dans la partie relative au coût de la gestion du régime obligatoire (IV - A - 2 - c) ne peut en aucun cas être validé, les chiffres contenus résultant d'un mode de calcul fortement contestable.

Les aides publiques

Les remarques concernant ce sujet sont contenues dans la réponse générale formulée par la MFP au nom de l'ensemble des mutuelles.

Evolution des mutuelles et concurrence

La Cour évoque diverses actions conduites par les mutuelles, en particulier dans la gestion d'œuvres sociales. Ce domaine relève de l'opportunité, la MFP estimant que les choix opérés par les mutuelles en créant des établissements ou en participant à leur vie, dans le respect de la loi et au seul profit de leurs membres, ou de la population, ne sont soumis qu'à l'appréciation de ses membres.

Observations en qualité d'union de mutuelles de fonctionnaires

Présentation : observation

La Mutualité Fonction Publique est un groupement de mutuelles de fonctionnaires dont l'importance explique sa représentation au sein de la FNMF, acteur important de la politique de santé publique.

Par ailleurs, la participation de la FNMF par l'intermédiaire de ses représentants aux conseils d'administration des organismes d'assurance maladie (CNAMTS et CPAM) repose sur des bases strictement légales. L'article L. 211-2 du code de la sécurité sociale autorise en ce sens la présence de 2 membres de la FNMF au sein de conseils d'administration des CPAM qui comptent 22 membres, tandis que l'article L. 221-3 prévoit 3 représentants de la FNMF sur un total de 33 membres du conseil d'administration de la CNAMTS.

Le champ de compétence des mutuelles : une compétence légitime

La Cour fait état d'une "tendance" à l'érosion du nombre des adhérents des mutuelles de fonctionnaires.

D'un tel constat, la Cour déduit un besoin d'extension et affirme que les mutuelles recherchent de nouveaux adhérents au-delà des seuls fonctionnaires titulaires de l'Etat. Il semble qu'il existe dans les éléments fondant cette appréciation une certaine confusion entre les actions qui relèvent du régime obligatoire et celles relatives à l'assurance maladie complémentaire, ainsi qu'entre les fonctionnaires non titulaires et les fonctionnaires qui relèvent d'une fonction publique autre que celle de l'Etat.

Sur le fond, et s'agissant des fonctionnaires non titulaires, la Cour ne reconnaissant "pas de base légale à cette extension de compétence", il est fait observé, comme il est d'ailleurs reconnu, que plusieurs textes ministériels ou de la CNAMTS autorisent et organisent la gestion du régime obligatoire de ces agents par les mutuelles et, surtout, que la circulaire de référence, celle du 18 février 1947³⁰), possède une valeur réglementaire démontrée dans le cadre d'une réponse détaillée produite par la MFP à la Cour. De surcroît, cette possibilité de gestion des non titulaires ressort des articles D. 712-31 du code de la sécurité sociale et R. 523-2 du code de la mutualité, et est reconnue par la jurisprudence administrative (TA Versailles, 13 avril 1995, Mutuelle de la police nationale c/ CPAM de Seine-et-Marne).

Elle est également intégrée dans le contrat d'objectifs et de gestion passé avec la CNAMTS en application de l'arrêté du 15/11/2000.

L'organisation des mutuelles : une organisation adaptée aux besoins

L'organisation du réseau des mutuelles recouvre une réalité répondant aux besoins de proximité et de qualité de service. Cette organisation, en cohérence avec la nécessaire satisfaction de ces besoins, résulte de décisions approuvées par les organes délibérants des différentes mutuelles. Des évolutions sont en cours, évolutions dont la Cour a eu largement connaissance, afin de s'adapter à de nouveaux besoins.

L'appréciation portée par la Cour sur le caractère coûteux d'une organisation locale ainsi adaptée aux besoins et à leurs évolutions ne peut être partagée. Il apparaît clairement, en effet, dans un développement ci-après consacré aux remises de gestion, que l'organisation du réseau des mutuelles est sans incidence sur le mode de calcul du niveau de ces remises de gestion versées par la CNAMTS.

30) Les contractuels doivent avoir demandé à adhérer à une mutuelle de fonctionnaires ; ils doivent appartenir à un service ou un établissement comportant au moins 50 % de personnels titulaires de l'Etat ; leurs contrats doivent avoir une durée minimale d'un an.

La gestion des prestations : une gestion de qualité et performante

La MFP exprime sa satisfaction face au jugement positif porté par la Cour sur la qualité de la participation des mutuelles à la gestion du régime obligatoire. Qu'il s'agisse des opérations de liquidation ou de remboursement, la qualité du service rendu aux assurés et l'application des dispositifs légaux et réglementaires du régime général sont reconnues.

Il est à noter que, si de nombreux contrôles externes s'exercent sur les conditions dans lesquelles cette gestion est effectuée, de nombreux contrôles internes ou services d'audit sont mis en place par les mutuelles, avec la volonté de voir ce rôle s'affirmer de plus en plus précisément dans l'ensemble des structures.

La MFP exprime également sa satisfaction en constatant, qu'en plus d'une gestion de qualité, les structures gestionnaires peuvent faire état, selon les cas, d'une productivité largement supérieure, ou du moins comparable à la moyenne des CPAM citées par la Cour. Des rectifications relatives aux chiffres utilisés par la Cour sont effectuées par les mutuelles concernées dans leurs réponses particulières, accroissant ainsi le caractère positif de ce constat.

S'agissant de la gestion du risque, il est fait remarquer que sur la base du protocole d'accord national signé avec la CNAMTS ou des protocoles locaux signés avec la plus grande partie des CPAM, les mutuelles participent aux activités sur l'ensemble du territoire. Les mutuelles s'investissent aussi dans les structures de gestion du risque et participent aux thématiques nationales, régionales et locales. Elles complètent enfin les actions par des initiatives spécifiques auprès de leurs assurés, notamment par des campagnes de communication.

Les remises de gestion : une rémunération légale et un système adapté

Les remises de gestion, contrepartie de la mission d'intérêt général des organismes mutualistes, sont destinées à la couverture des frais de gestion administrative afférents au service des prestations légales servies aux fonctionnaires. Elles ne constituent pas des aides publiques, mais la contrepartie d'un service rendu, proportionnel aux dépenses engagées (articles L. 712-7 et R. 712-1 du code de la sécurité sociale). Le Conseil d'Etat a expressément qualifié ces remises de gestion de « rémunération » (CE, 29 novembre 1993, Caisse mutuelle complémentaire d'action sociale du personnel de l'industrie lourde).

La Cour qualifie « d'arbitraire » le calcul du coefficient de réfaction visant à rendre comparable les missions respectives des caisses et des mutuelles.

Il faut savoir que celui-ci résulte d'une analyse fine des coûts analytiques de toutes les missions, de façon à en évaluer très précisément le poids. Cet examen a d'ailleurs permis de requalifier la ventilation comptable des activités de gestion du risque qui n'étaient pas identifiées correctement dans la consolidation nationale.

En outre, la méthode utilisée définit un référentiel unique par mission pour les mutuelles gestionnaires, ce qui produit un effet fortement normalisateur dont l'impact économique ne peut être ignoré par la Cour.

L'interrogation de la Cour sur les risques de contentieux au titre des règles de concurrence (Conseil de la Conc. et CJCE) ne semble pas plus réaliste du fait même que la règle de proportionnalité est parfaitement respectée. En effet, il s'agit d'une référence à un coût externe prenant en compte les coûts les moins élevés constatés dans les Caisses Primaires d'assurance maladie. Il en irait tout autrement s'il s'agissait d'un remboursement au franc le franc des dépenses des mutuelles.

Enfin, ce système adapté présente également la caractéristique d'être égalitaire puisque, quel que soit l'opérateur, la base de rémunération est identique.

S'agissant du coût de la gestion appréhendé dans le rapport d'enquête (IGF/IGAS) auquel la Cour fait référence, il a été formé sur des postulats erronés que les mutuelles ont toutes contestés, notamment les clés de répartition des prestations rattachées RO/RC.

C'est à partir de ce constat qu'est construit le tableau joint au rapport, basé sur des calculs arbitraires sans logique apparente.

Il agrège des données mathématiques non vérifiées avec des « aides publiques » dont l'objet ne peut être confondu avec le sujet de l'étude. De plus, il n'a pas été retenu par la direction de la sécurité sociale dans le cadre de l'élaboration de l'arrêté du 15 novembre 2000 fixant le mode de calcul des remises de gestion.

En conclusion, la qualité du service rendu aux assurés sociaux fonctionnaires, l'efficacité et l'intérêt de mener une politique de gestion du risque à l'égard d'une population homogène, contribuent à justifier les mutuelles de la fonction publique dans leur rôle de gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie.

Les aides publiques

Les aides publiques sont faibles et ne devraient pas être confondues et traitées avec la gestion du régime obligatoire.

Il existe deux types d'aides publiques : des subventions fondées sur l'arrêté du 19 septembre 1962 dit « Chazelle », et des moyens mis à disposition (ressources humaines, matériel et locaux). Ces aides permettant

essentiellement aux mutuelles le financement de prestations sociales pour leurs adhérents. Il est surprenant et inadéquat que ces aides publiques, dont la nature et l'objet sont tout à fait différents des remises de gestion, trouvent une place dans un rapport intitulé "les mutuelles de fonctionnaires de l'Etat gestionnaires du régime obligatoire d'assurance maladie".

Sur le fond, la Cour note que la base réglementaire de ces aides existe et que les modalités d'application en sont respectées. La seule application de ces règles devrait permettre d'admettre que le « risque » d'infraction aux règles de la concurrence est écarté. Au total, d'ailleurs, ces concours financiers ne dépassent pas, en moyenne globalisée, 4 à 5 % du montant des cotisations, alors même que l'arrêté « Chazelle » permet une aide pouvant atteindre 25 % du montant des cotisations. Ils sont donc faibles au regard de ce qui est observé dans le secteur privé. La MFP a présenté au Premier président de la Cour et au président de la 6^{ème} chambre, en février 2002, les éléments d'un dossier constitué sur les liens entre les employeurs publics et les mutuelles qui mettent en évidence cette faiblesse.

Enfin, une observation particulière est formulée concerne "le privilège" que constituerait la gestion des chèques-vacances. Qualifier ainsi une mission confiée à des organismes mutualistes par l'Etat sur la base d'un dispositif légal, réglementaire et contractuel est surprenant. Mais il n'est pas davantage compris la mention de cette seule prestation. Celle-ci fait partie, aux côtés de l'aide-ménagère, de l'amélioration de l'habitat des personnes âgées et de l'aide à l'installation des jeunes agents en région parisienne, d'un ensemble de quatre prestations interministérielles, auxquelles il s'agit de faciliter l'accès à tous les agents de la fonction publique, sans exclusion et dans des conditions identiques.

Evolution des mutuelles et concurrence

Les mutuelles de fonctionnaires ne bénéficient pas des avantages mentionnés par la Cour pour faire face à la concurrence.

D'une part, s'agissant du respect de la marge de sécurité par les mutuelles, il convient de rappeler que le mouvement mutualiste est intégré dans le champ d'application des directives européennes sur l'assurance, et supporte par là-même les contraintes liées au respect des règles prudentielles, identiques à celles des autres acteurs du marchés (cf. décret n° 2002-720 du 2 mai 2002 relatif aux règles prudentielles applicables aux mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation).

D'autre part, s'agissant des concours publics au fonctionnement des mutuelles, il convient de considérer l'absence de participation de l'employeur public à la cotisation. Les entreprises du secteur privé participent non seulement à la protection sociale de leurs salariés par le canal de la prise en charge substantielle de la cotisation, mais peuvent aussi

participer à la gestion lorsqu'il s'agit de mutuelles d'entreprise. Il arrive que cette gestion se fasse même au niveau des directions des ressources humaines (précomptes sur salaire, versements des cotisations, voire liquidation et paiement des prestations).

En outre, ces concours publics ne sont pas incompatibles avec le droit français de la concurrence. Ils résultent de l'application d'un texte législatif ou d'un texte réglementaire pris pour son application, conformément à l'article L. 410-4 du code de commerce. L'article R. 523-2 du Code de la mutualité, qui autorise l'octroi de subventions aux mutuelles de fonctionnaires, tire son origine tant de l'article 20, 3°, de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, que de l'article L. 712-6 du code de la sécurité sociale. Un tel fondement est suffisant au regard de la jurisprudence (Paris, 27 juin 1990, Association Internit c/ Société Anulmatis).

Enfin, être délégataire de l'exercice d'une mission d'intérêt général ne peut être une situation assimilable à un « monopole ». La Cour confirme d'ailleurs le caractère volontaire de l'adhésion à la protection complémentaire offerte par les mutuelles en faisant justement observer que tous les assurés sociaux gérés ne sont pas des mutualistes. A cet égard, elle remarque elle-même que le nombre de fonctionnaires dans cette situation est important.

Par ailleurs, les exemples cités par la Cour et susceptibles d'illustrer des politiques « coûteuses » ne reposent sur aucune démonstration probante.

REPONSE DU PRESIDENT DE LA MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES

En réponse aux observations générales formulées par la Cour sur les conditions d'exercice dans lesquelles les mutuelles de fonctionnaires gèrent le régime d'assurance maladie obligatoire de leurs ressortissants, j'ai l'honneur de vous faire savoir que la mutuelle centrale des finances s'associe pleinement aux observations que vous a fait parvenir le président général de la mutualité fonction publique.

En ce qui concerne plus particulièrement la mutuelle centrale des finances et la reprise par la Cour des observations relatives aux coûts de gestion du risque obligatoire figurant au rapport établi en octobre 1999 par l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales, je suis amené à réitérer les réponses que j'avais apportées en date du 25 novembre 1999 à ces observations.

La MCF conteste la méthode qui consiste à méconnaître le coût global réel du régime obligatoire de sécurité sociale qu'elle gère, en en

retranchant une fraction des aides indirectes reçues de l'administration. Cette méthode qui revient à sous-estimer le coût de gestion, est contraire aux principes de saine gestion qui s'imposent à la MCF comme à toute entreprise.

La MCF rappelle que les aides qu'elle reçoit de l'administration ont pour vocation d'inciter les agents à souscrire une protection sociale complémentaire en allégeant l'effort contributif qu'il leur est demandé en termes de cotisations.

La MCF déplore enfin que, pour la répartition des coûts non directement affectés au risque obligatoire ou au risque complémentaire, il soit substitué aux clés fondées sur la réalité constatée à la mutuelle une clé forfaitaire qui aboutit à minimiser le coût de gestion du risque obligatoire.

REPONSE DU PRESIDENT DE LA MUTUELLE DES AGENTS DES IMPOTS

La mutuelle des agents des impôts laisse à sa fédération, la Mutualité Fonction Publique, le soin de répondre sur les remarques globales de la Cour au regard des caractéristiques générales des mutuelles de fonctionnaires, de leur efficacité dans la gestion de la sécurité sociale, ou de leur capacité à évoluer dans un monde concurrentiel et s'associe pleinement à la réponse figurant en annexe.

La mutuelle des agents des impôts tient à apporter toutes les précisions utiles concernant la gestion et l'utilisation des moyens dont elle dispose, cotisations, remises de gestion et subventions sociales directes et indirectes, versées dans le respect des textes en vigueur, comme l'indique la Cour.

Concernant la gestion de la sécurité sociale, la MAI précise :

- Qu'elle n'a pas instauré de comptabilité analytique dans le cadre de la gestion de sa section locale interministérielle (SLM 504) dans la mesure où il n'existe pas de coût induit pour la gestion des prestations complémentaires comme nous avons pu en faire la démonstration à l'occasion du contrôle en 1999, de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales.

- Qu'il n'existe aucun double emploi entre les mises à disposition dont elle peut bénéficier dans le cadre de la convention établie avec son administration et les personnels travaillant au centre 504 jusqu'au 30 juin 2002, date du transfert à la section régionale interministérielle

- Qu'elle ne dégage aucun solde positif dans la gestion de la sécurité sociale, ce qui l'a amené avec d'autres mutuelles, à constituer une section

régionale interministérielle afin d'arrêter de gérer à perte cette activité et d'améliorer le service rendu aux adhérents et aux professionnels de santé.

- Par ailleurs, comme le fait remarquer à juste titre la Cour, les mutuelles de la fonction publique, la MAI ont un régime spécifique et en particulier pratiquent une solidarité intergénérationnelle, d'un niveau a priori inégalé en complémentaire santé, sans pour autant bénéficier soit d'aide directe au paiement des cotisations, soit de la déductibilité des cotisations, prévus dans le cadre des contrats groupe.

Pourtant les couvertures proposées incluant les risques courts et longs s'apparentent à celles proposées dans les entreprises.

Soucieuse de redistribuer les excédents constatés entre 1991 et 1998, la MAI a décidé de les reverser au cours de la période 1999/2004, au travers d'une forte hausse des prestations et d'une baisse des cotisations.

Au cours des années 1999, 2000, 2001, le résultat d'exploitation de la mutuelle s'est dégradé conduisant à un déséquilibre de 1,1 M€ en 1999, 4,7 M€ en 2000, 4 M€ en 2001. Cette situation a conduit à une hausse des cotisations en 2002 dans l'attente de la réforme à venir (2004).

Sans mésestimer l'importance de l'action sociale de notre ministère, il paraît nécessaire de préciser que des conventions de partenariat permettent à la MAI de dispenser avec la direction du personnel, de la modernisation et de l'administration de notre ministère des actions de prévention en direction de l'ensemble des agents, tout en participant aux aides en direction des plus précarisés.

Le budget élevé de l'action sociale de la MAI (3 M€ en 2001) nous a par ailleurs valu une recommandation de prudence de la part de la commission de contrôle des mutuelles et instituts de prévoyance à l'occasion de la demande d'agrément. Pourtant, ce budget qui représente le double de la subvention directe des services sociaux du ministère des finances à l'égard des agents des impôts, nous paraît de nature à continuer d'évoluer tant les besoins médicaux et sociaux de nos adhérents s'accroissent.

Comme l'a remarqué la Cour, la moyenne d'âge des fonctionnaires s'élevant, la zone de risque actuarielle connaît aujourd'hui une croissance que les mutuelles doivent affronter dans le cadre d'une mutualisation des risques sans exclusion.

Leur rôle social, comme le précise l'article R. 553-2 et l'arrêté interministériel du 19.09.1962, leur confère à la fois des droits, sans commune mesure avec ce qu'accordent les entreprises dans le cadre des contrats groupe, mais aussi des devoirs.

Dans ce cadre, la MAI a toujours suivi les politiques de personnel envisagé par l'Etat employeur, et notamment la dernière concernant le recrutement des contractuels handicapés en les accueillant au sein de son

groupe sans restriction s'agissant des risques courts et longs alors que ces personnels auraient rencontré de sérieuses difficultés pour se protéger auprès des acteurs habituels du marché. Elle s'est toujours attachée à traduire la volonté des personnels et des organisations sociales pour créer des droits sociaux complémentaires répondant à des besoins indispensables.

Dans la fonction publique, à la direction générale des impôts, un cadre C (cette catégorie représente 50 % des effectifs), reçoit de son employeur, dans la force de l'âge (indice 348), 631 € par mois, en cas d'incapacité, alors qu'il doit subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille. Comment pourrait-il faire face, sans disposer d'une couverture Prévoyance ? Cet exemple illustre l'utilité sociale des couvertures mises en œuvre, en l'absence de toute sélection financière ou actuarielle grâce à des mécanismes solidaires, construits et acceptés par les agents. Les mutuelles de la fonction publique et la MAI jouent donc un rôle essentiel dans la protection des agents de l'Etat, notamment au regard des insuffisances du statut social des fonctionnaires et sont, par le lien solidaire créé entre les agents, un facteur de cohésion sociale.

REPOSE DU PRESIDENT DE LA MUTUELLE DU TRESOR

Les remises de gestion et les autres aides publiques aux mutuelles

Les remises de gestion

L'inadaptation du système

La cour annonce que seule la mutuelle centrale des finances et la mutuelle des personnels de l'industrie et de la recherche ont mis au point des comptabilités analytiques permettant de distinguer les coûts du régime obligatoire et du régime complémentaire.

La mutuelle du trésor précise qu'elle n'a pas effectivement instauré de comptabilité analytique dans le cadre de la gestion de sa section locale ministérielle (SLM 511) dans la mesure où il n'existe pas de coût induit pour la gestion des prestations complémentaires.

REPONSE DU PRESIDENT DE LA MUTUELLE DES DOUANES

Concernant l'organisation

En tant que mutuelle de la fonction publique, la mutuelle des douanes gère le régime obligatoire d'assurance maladie des agents de la direction générale des douanes et droits indirects (actifs, retraités et invalides) et de leurs ayants droit au sens de la législation sur la Sécurité sociale au travers :

- de la SLM 513 pour les assurés de la région parisienne,*
- des 93 sections locales interministérielles de la MFP pour les assurés de province et des DOM.*

Concernant l'évolution de notre organisation

Cette organisation est actuellement en cours d'évolution, certaines mutuelles de la fonction publique, parmi lesquelles se trouve la mutuelle des douanes, manifestant la volonté de regrouper les sections locales ministérielles.

Confirmant à cet égard les éléments de réponse fournis en date du 5 mars 2002 au Président de la première chambre de la Cour des comptes, la mutuelle des douanes réaffirme son intention de confier à la section régionale interministérielle (SRI) récemment mise en place par la mutualité Fonction publique (MFP), la gestion des prestations du régime obligatoire des fonctionnaires des douanes actuellement réalisée par la section locale ministérielle (centre 513).

La décision de cette intégration est prise. Elle relève d'une volonté identique des quatre mutuelles du Groupe Initiative³¹ nouvellement créé, de regrouper au sein de la SRI le traitement des prestations du régime obligatoire. Les mutuelles concernées (mutuelle des agents des impôts, mutuelle du trésor, mutuelle des douanes et mutuelle du ministère de la justice) ont initié cette démarche, animées par la volonté de rechercher une optimisation des moyens tout en conservant une qualité de service aux adhérents.

La mise en œuvre d'une opération d'une telle ampleur nécessite des délais. L'intégration de la mutuelle des douanes qui interviendra au cours de l'année 2003 est donc liée à des contraintes d'ordre matériel et technique indépendantes de sa volonté.

31) Groupe initiative : créé juridiquement le 10 juin 2002 et regroupant la MAI, la mutuelle du trésor, la mutuelle du ministère de la justice et la mutuelle des douanes).

En effet la MFP, qui a récemment intégré dans la SRI les personnels de 10 SLM (dont celles des mutuelles des agents des impôts, du trésor et de la justice) sur les 17 SLM existant en région parisienne, a besoin d'un certain délai pour réaliser notre intégration dans de bonnes conditions à l'égard du personnel concerné par ce transfert, mais aussi dans l'intérêt des adhérents. Cette opération sera effective dans les prochains mois.

*REPOSE DU PRESIDENT DE LA MUTUELLE DES PERSONNELS
DE L'INDUSTRIE ET DE LA RECHERCHE*

La mutuelle des personnels de l'industrie et de la recherche (MPIR) gère le régime obligatoire (RO) au sein de la section locale ministérielle - 509 - et les assurés de province sont pris en charge par les sections locales interministérielles.

Or, comme le fait remarquer la Cour, les effectifs gérés en RO sont en diminution du fait du moindre recrutement des fonctionnaires. En revanche, cette baisse n'a pas d'influence sur les effectifs des adhérents mutualistes qui connaissent une nette progression.

En effet, les prestations du régime complémentaire de la MPIR s'adressent notamment aux agents en activité :

- des ministères chargés de l'industrie, des petites et moyennes entreprises, de l'artisanat et du commerce, de la recherche, de l'aménagement du territoire et de l'environnement en qualité soit de fonctionnaires titulaires ou non titulaires, soit d'agents stagiaires, auxiliaires, contractuels, soit d'ouvriers de l'Etat ;*
- des établissements publics relevant de ces ministères ;*
- de la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) ;*
- des élèves des écoles des mines, bénéficiant, à titre personnel, d'un régime obligatoire de sécurité sociale.*

Ces derniers peuvent adhérer à la MPIR depuis 1997, ce qui a eu pour conséquence une très nette progression et un rajeunissement des effectifs.

Parallèlement, la politique de mutualisation menée ces dernières années porte ses fruits.

Enfin, la gestion du RO a fait l'objet de contrôles de la part de la CPAM de Paris, et en revanche, n'entrait pas dans le champ de l'enquête IGF/IGAS relative aux remises de gestion.

En ce qui concerne, les aides reçues, la MPIR bénéficie soit de subventions conformes à l'arrêté de 1962, soit d'aides en nature de la part du MINEFI (loyers et fluides).

A titre d'information, les personnels de la MPIR relèvent tous du droit privé et la directrice générale, inspectrice générale de l'industrie et du commerce est en position de détachement.

REPONSE DU PRESIDENT NATIONAL DE LA MUTUELLE GENERALE DE LA POLICE (MGP)

En préambule, il me paraît indispensable de rappeler les évolutions engagées par la MGP depuis le début de l'année 2001 et que ne reflètent pas les données un peu plus anciennes à la base du rapport.

La MGP a, en effet, adopté, dès mars 2001, un « plan de mesures d'urgence et de redressement » dont vous avez été informé. Les quinze résolutions constitutives de ce plan sont déclinées depuis lors, de manière opérationnelle, sous contrôle des instances statutaires qui m'ont donné mandat.

Dans ce contexte spécifique, j'attache de l'importance à l'éclairage supplémentaire que peuvent vous apporter les éléments qui suivent sur notre mutuelle.

Champ de compétence et organisation de la MGP

La MGP observe que la tendance à la baisse du nombre de personnes protégées, constatée entre 1996 et 1999, ne s'est pas confirmée. Au 31 décembre 2001, leur total est de 279 537 (148 053 membres participants - 131 484 membres associés) contre 268 010 en 1996.

La structure organisationnelle du réseau MGP (un siège en région parisienne et 37 Sections maillant le territoire) est inchangée.

Elle répond en effet au besoin de proximité des adhérents de la mutuelle, au-delà du service, par délégation, des prestations obligatoires.

En complément de ce réseau existant, des permanences contractualisées avec le partenaire GMF vont venir, dès 2002, renforcer cette structure de proximité.

Une section locale d'assurance maladie supplémentaire va s'y inscrire avec l'intégration du « centre 510 » comme section MGP à part entière.

La situation juridique de cette entité sera en effet réglée, en liaison avec la MGPAT, la CNAMTS et la CPAM de Paris, pour fin 2002.

Les évolutions de l'assurance maladie obligatoire et la montée en puissance des flux magnétiques justifient moins en 2002, qu'en 1999-2000, d'investir dans des centres de traitement regroupé des feuilles de soins.

La réflexion vaut encore, à l'échelle de la MGP, uniquement dans une ou deux régions (ex. : Ile-de-France) où les volumes à traiter sont forts et la montée en charge de Sésam Vitale plus lente qu'ailleurs.

L'une des résolutions du « plan de mesures d'urgence et de redressement », voté par l'assemblée générale en mars 2001, vise à « harmoniser et normaliser les procédures » au sein du réseau MGP.

Pour ce faire, un responsable du réseau a été recruté, fin 2001, et participe à son animation, son organisation, en cohérence avec l'objectif précité.

Des référentiels de procédures, notamment pour les activités en évolution (ex. : flux magnétiques...), sont mis en place et viennent outiller et homogénéiser les pratiques professionnelles sur l'ensemble du réseau quelles que soient les prestations traitées.

Gestion des prestations : qualité et productivité, coût informatique du décompte

Les SLM de la MGP ont pour objectif, depuis le 4^{ème} trimestre 2001, de traiter les dossiers et flux sous quatre jours, à compter de la réception des éléments permettant le traitement.

De fait, les audits des CPAM dans nos SLM en 2001 et 2002 font globalement état de délais moyens de liquidation corrects quant aux différents types de liquidation.

Ces délais s'avèrent équivalents ou inférieurs à ceux des CPAM et notamment dans les régions où la montée en puissance de Sésam Vitale est lente (ex. : région parisienne).

Les points à améliorer soulignés par les auditeurs concernent plutôt le dispositif de contrôle interne et son adaptation à l'évolution des flux.

La MGP a donc consacré prioritairement en 2002 ses travaux sur les référentiels de procédures au traitement des flux magnétiques et à leur contrôle (télétransmissions en norme B2, FSE, Noémie).

Notre mutuelle a, par ailleurs, participé activement en 2002 au groupe de travail « Mutuelles de fonctionnaires - CPAM - CNAMTS » consacré au « plan d'audit du dispositif de contrôle interne des SLM par les CPAM ».

En matière de production, l'objectif en liquidation manuelle est de 200 décomptes par jour et par agent depuis 2001.

Le solde à la liquidation, qui variait de cinq à neuf jours d'entrées au début de l'année 2001 (comme précédemment en 1999 et 2000), passe à moins de cinq jours à partir de septembre 2001 et varie, depuis lors de deux à cinq jours.

Cet indicateur est vérifié pour l'ensemble des sections, hormis quatre qui, ponctuellement et dans un contexte particulier, ont pu ne pas remplir l'objectif de manière permanente.

Cette augmentation de productivité observée à partir de 2001 tient tant à l'augmentation des flux magnétiques (télécollecte : + 42,6 %, FSE : + 294,3 % entre 2000 et 2001) qu'à la productivité des équipes dont l'effectif parallèlement décroît (1999 : 642, 2000 : 626, 2001 : 616, août 2002 : 609, septembre 2002 : < 600).

Cet effectif regroupe globalement les sections et le siège.

Le siège représente 25 % du total avec des personnels se consacrant majoritairement à la gestion directe ou indirecte des prestations et services complémentaires proposés par la mutuelle à ses adhérents.

Il a été renforcé en 2001-2002 par des recrutements en cohérence avec la volonté de professionnaliser notre mutuelle (directeurs administratif et financier, encadrants au contrôle de gestion, à la gestion de trésorerie, à la comptabilité, à l'informatique, à la fonction ressources humaines : emploi et formation, études et contrats, administration du personnel et de la paie, à l'animation du réseau...).

La progression du nombre de décomptes traités globalement (source MFP - avril 2002) est significative :

1999 : 5 081 302 décomptes

2000 : 5 500 469 décomptes

2001 : 5 714 675 décomptes.

Ces chiffres recourent la production de décomptes issue de la gestion du régime obligatoire seul (assurés sociaux) ou de la gestion associée du régime obligatoire et du régime complémentaire (membres participants).

Les décomptes issus de la seule gestion du régime complémentaire n'y sont pas intégrés mais croissent également.

Quant au « coût informatique par décompte », la facture réglée chaque année à la MFP pour la mise à disposition de son outil de liquidation constitue l'essentiel du coût de gestion informatique du régime obligatoire.

La MGP dispose ainsi « en infocentre » d'un système de liquidation des prestations maladie obligatoires et complémentaires rattachées.

Son système propre lui permet, par ailleurs, la gestion de son fichier mutuelle, l'appel et le recouvrement des cotisations, la liquidation des prestations découlant des autres garanties (complément de traitement, caution, décès...).

Le coût informatique du décompte s'agissant de la gestion du régime obligatoire doit donc être calculé sur la base de la chaîne de traitement utilisée « en infocentre ».

La valeur de 0,81 € (coût informatique unitaire d'un décompte) correspond, semble-t-il, à la prise en compte des coûts informatiques globaux (infocentre et système MGP) relevés pour 1999.

A outil informatique et activité identiques, rien sinon ne peut justifier l'écart de coût observé entre la MFP (0,57 €) et la MGP (0,81 €).

En 2001, la facturation MGP (11 131 391 Frs ou 1 696 969 €) rapportée aux 5 081 302 décomptes produits représente un coût unitaire de 0,33 €.

Hors coût informatique, l'envoi des décomptes pour la même année 2001 représente un coût unitaire de 0,41 € par pli (source MFP - avril 2002).

Gestion du risque et prévention

Les SLM de la MGP participent aux actions de gestion du risque initiées à différents niveaux en fonction de leurs ressources disponibles (effectifs, outils...).

Elles ont été confrontées, comme les CPAM, à la difficulté de mener des actions significatives en l'absence de codage et/ou d'outils de requêtes nécessaires tant au ciblage des actions qu'à leur suivi au cours des années citées dans le rapport. Le rapport d'ailleurs le concède.

En matière de prévention, la MGP a mené en décembre 2001 une action sur le « bon usage du médicament » (dont les génériques) auprès de 73 000 de ses adhérents.

En 2002, elle a participé activement à la préparation des campagnes sur « le bon usage du médicament » et « les génériques » avec la MFP.

Les éléments de sa campagne 2001 ont ainsi été repris par la MFP. Notre mutuelle s'est appuyée en 2002 sur son réseau de sections pour diffuser de l'information sur les médicaments et a également utilisé le canal des décomptes.

Remises de gestion

La mise en place d'une comptabilité analytique figure au rang des objectifs à court terme de la MGP.

L'action a été engagée, dès 2001, avec le recrutement d'un contrôleur de gestion.

Autres aides publiques

La mise à disposition de fonctionnaires est en cours de contractualisation avec le ministère de l'intérieur dès 2002.

REPONSE DE LA PRESIDENTE NATIONALE DE LA MUTUELLE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES

Concernant l'inadaptation du système

Le coût de la gestion du régime obligatoire est mal connu.

La Cour évoque le risque de double emploi des autres aides publiques avec les remises de gestion, ce à quoi la mutuelle générale des affaires sociales a particulièrement veillé.

Par exemple, les mises à disposition de fonctionnaires n'ont jamais eu pour destination la gestion de l'activité de la section locale ministérielle n° 500.

REPONSE DU PRESIDENT DE LA MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE (MGEN)

Concernant la gestion du régime obligatoire

La MGEN rappelle que cette gestion du régime obligatoire est confiée aux mutuelles de fonctionnaires par la loi n° 47-460 du 19 mars 1947 et, qu'à ce titre, les mutuelles de fonctionnaires sont appelées à participer à une mission d'intérêt général.

Concernant la qualité de la liquidation des prestations

La MGEN a engagé, depuis 1995, une démarche structurée et organisée de contrôle interne. Un service spécifique a été créé sur le plan national. Un référentiel de contrôle interne et des outils visant à repérer, analyser et évaluer les risques ont été mis en place. Les personnels, tant de direction que d'exécution, suivent régulièrement un cycle de formation.

Le contrôle interne est donc mis en œuvre au sein de la MGEN au travers :

- de dispositifs de sécurité et notamment par la mise en place d'un système d'habilitation ainsi que par le respect scrupuleux de la règle de séparation ordonnateur/payeur ;*
- d'une sécurisation de la saisie, au niveau fichiers de liquidation, au travers des programmes informatiques ;*
- d'un dispositif de validation a priori pratiquée de façon exhaustive ou sur critères bien déterminés ;*
- d'un ensemble de contrôles a posteriori prévu dans le cadre d'un référentiel ;*
- d'un contrôle national quotidien et aléatoire sur les ordonnancements avant virement.*

Concernant la gestion du risque

La MGEN est signataire des protocoles nationaux de gestion du risque de 1996 et 2000. A ce titre, elle s'engage au titre des protocoles d'accord locaux. Dans le cadre de la Mutualité Fonction Publique, elle s'investit dans les structures de gestion du risque et participe aux actions déterminées sur le plan national, régional et local.

Concernant les remises de gestion

La Cour des Comptes mentionne un montant de remises de gestion de 128,44 M€ pour la MGEN, ce qui correspond au dernier montant déterminé pour les années 1998 et 1999.

S'agissant des prochaines années, le contrat pluriannuel n'étant pas signé, le mode de calcul n'est pas encore définitif.

Jusqu'en 1998, les coûts de gestion des mutuelles étaient comparés à ceux des CPAM au travers de l'indicateur « assuré actif pondéré ». La MGEN souligne, qu'au vu de cette référence commune, la rémunération qu'elle percevait en 1998 la classait parmi les CPAM les moins coûteuses pour l'assurance maladie, à équivalence de la 4^e place.

Depuis 1999, la MGEN ne dispose d'aucun élément relatif au classement des caisses par rapport au nouvel indicateur « bénéficiaire actif ». Cependant, son coût de gestion par bénéficiaire actif calculé pour 1999 après abattement du taux de réfaction de 16,5 % reste inférieur au coût des 50 meilleures caisses pour 1999 sur plus de 130 organismes gestionnaires.

Concernant les aides publiques

La MGEN rappelle qu'elle ne bénéficie d'aucune mise à disposition de locaux, de matériels et de service. De plus, la MGEN rembourse intégralement les traitements des fonctionnaires mis à disposition.

Enfin, au titre de la subvention légale, le montant de l'aide apportée à la MGEN s'élève à 2,03 % des cotisations encaissées (données au 31 décembre 2000) et à 1,98 % des cotisations encaissées (données au 31 décembre 2001).

Concernant l'effectif de la mutuelle générale de l'éducation nationale

La progression constante et régulière des effectifs, infirmant ainsi la « tendance à l'érosion » évoquée par la Cour dans son rapport, permet ainsi de constater :

- au 30 septembre 2000, un effectif MGEN de 1 617 920 adhérents,*
- au 30 septembre 2001, un effectif MGEN de 1 637 824 adhérents,*
- au 30 septembre 2002, un effectif MGEN de 1 658 031 adhérents.*

REPONSE DE LA PRESIDENTE GENERALE DE LA MUTUELLE GENERALE

La gestion des prestations

La mutuelle générale précise qu'elle a depuis mis en place des structures de contrôle interne tant sur le plan opérationnel que politique :

- . direction de l'audit et du contrôle mise en place en juin 2001*
- . commission de l'audit et du contrôle (composée de membres du conseil d'administration - hors bureau) mise en place en mai 2002 dans l'esprit des dispositions de l'article L. 114-17 du nouveau code de la mutualité.*

Les remises de gestion et les aides publiques aux mutuelles

Les aides publiques

La Cour précise que la mutuelle générale bénéficie d'un ensemble d'aides directes ou indirectes de 30,49 M€.

Ce chiffre, afférent à l'exercice 1998, est en forte baisse. En effet, en 2001, l'aide globale s'est élevée à 26,24 M€, soit – 14 % en 3 ans, le nombre de MAD ayant baissé de 16 %.

Cette aide globale devrait continuer à baisser dans les années à venir. Ainsi, pour La Poste, un plan de réduction du nombre de MAD est en cours (plan AMDIS 2001/2003).

Évolution de la situation financière des mutuelles

Depuis 1998, la mutuelle générale a fait des propositions à son assemblée générale, et celle de juin 2001 a décidé de la mise en place d'une nouvelle offre prévoyance, applicable au 1^{er} juillet 2002, qui commence à faire sentir ses effets en terme de résultats.

La valorisation du patrimoine immobilier de la mutuelle générale, suite à expertise de l'ensemble des immeubles, s'est traduite sur l'exercice 2000 par une plus value nette de 28,4 M€.

Sur l'engagement de la mutuelle générale dans la Banque Française, comme nous l'avions souligné dans la réponse à la Cour en mai 2000, ceci a permis d'apporter un service à nos adhérents (4 000 prêts par an).

La situation de la Banque Française, comme le prévoyait le Plan de 1997, est en net redressement, redevenant bénéficiaire depuis 2000.

Par ailleurs, la mutuelle générale, fin 2001, ne détient plus que 22,86 M€ de certificats de dépôt Banque Française, soit – 50 % depuis 1998. Ces placements ont une rémunération tout à fait comparable aux mêmes produits du marché.