

WARNKING Lena



Financiarisation : quels effets sur les finalités des structures mutualistes de Livre III ?

Mémoire de Master 2
Master - Économie des Organisations
Parcours - Transformation des Organisations de l'Économie Sociale et Solidaire (TOE2S)
Année universitaire 2024-2025

Tuteur universitaire : Emmanuelle Puissant
Tuteur d'entreprise : Glen Kergunteuil

« L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux universitaires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

Sommaire

REMERCIEMENTS	4
INTRODUCTION	5
I – DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUEL AUX ŒUVRES SOCIALES (SSAM) : LES SPÉCIFICITÉS DE LA RÉPONSE MUTUALISTE AUX BESOINS EN SANTÉ	10
A) SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUEL ET ORIGINES SYNDICALES DE LA MUTUALITÉ	11
1. <i>Développement et institutionnalisation des sociétés de secours mutuel, premières origines mutualistes, sociales et solidaires.....</i>	11
2. <i>Des sociétés de secours mutuel à la création de la Sécurité sociale : comprendre la différence entre la mutualité libérale et syndicale</i>	15
B) DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUEL AUX ŒUVRES SOCIALES : LA CRÉATION D'ŒUVRES SOCIALES	17
1. <i>Aux origines des œuvres sociales mutualistes : de la mutualité impériale aux services de soins et d'accompagnement.....</i>	18
2. <i>La création des œuvres sociales par les mutuelles ouvrières.....</i>	20
II – FINANCIARISATION DE LA SANTÉ ET DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : FACTEURS DE TRANSFORMATION ET DE MISE EN TENSION DES UNIONS MUTUALISTES	26
A) LA CRÉATION D'UN « MARCHÉ EUROPÉEN DE L'ASSURANCE » (1970-2019).....	27
1. <i>Création d'un marché européen de l'assurance : libéralisation et harmonisation de l'activité de complémentaire santé.....</i>	28
2. <i>La généralisation de la complémentaire santé</i>	39
3. <i>L'harmonisation de l'offre des complémentaires santé : vers une banalisation des structures mutualistes de Livre II et de Livre III.....</i>	42
B) COMPRENDRE L'EXTENSION EN COURS DE LA FINANCIARISATION AU SECTEUR DE L'OFFRE DE SOINS ET SES IMPACTS SUR LES ORGANISMES MUTUALISTES	46
1. <i>Déterminants structurels des tensions dans la gestion d'une activité ambulatoire par les Unions de Livre III.....</i>	47
2. <i>Un encadrement réglementaire, budgétaire et administratif croissant, vers le développement de procédures de commande publique (2009-2022).....</i>	54
3. <i>Régulation des centres de santé : diminution de la marge de manœuvre sur la gestion des activités et diminution de la capacité d'innovation des Livres III (2022-2024).....</i>	63
III – RECOMPOSITION DE L'IDENTITÉ MUTUALISTE PAR DES LOGIQUES DE COOPÉRATIONS	68
A) RETROUVER UNE CAPACITÉ D'INNOVATION DES SSAM.....	69
B) LA GOUVERNANCE DÉMOCRATIQUE : LE POUVOIR D'AGIR DES ADHÉRENTS	71
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE.....	75

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGNES ET ACRONYMES	83
ANNEXES.....	85
TABLE DES MATIÈRES	191
SYNTHÈSE	193

Remerciements

Je remercie tout particulièrement ma Directrice de mémoire, Madame Emmanuelle Puissant, pour la qualité des enseignements et de ses conseils, pour son aide précieuse ainsi que sa disponibilité tout au long de l'année. Un grand merci également à Anne Leroy pour la richesse de ses enseignements et pour son accompagnement.

Je remercie sincèrement Glen Kergunteuil, mon tuteur d'entreprise et Directeur de l'Union des Mutualles de France Savoie, pour sa confiance, son accompagnement tout au long de mes missions, ainsi que la qualité de ses conseils.

Un grand merci également aux professionnel.les et élu.es d'avoir pris le temps de répondre à mes questions lors de passionnantes discussions, et de m'avoir aidée à comprendre les enjeux de leurs structures.

Pour terminer, je souhaite également remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire, plus spécialement Armand Soler et Morgane Rousseau-Cathelin pour leur soutien quotidien, que leurs relectures attentives et leurs apports précieux. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble de la promotion du Master TOE2S pour l'esprit convivial et solidaire de cette dernière année commune.

Introduction

« La culture militante et syndicale qui est à l'origine de la création de nos mutuelles, les mutuelles de travailleurs, n'était pas vraiment compatible avec la logique d'une gestion économique de marché » (Directeur 2, Annexe 2.2)

En 1950, le nombre de structures mutualistes a été estimé à 14 800, contre moins de 500 en 2016 (Siney-Lange, 2018). Le secteur mutualiste a été marqué par une concurrence croissante sur l'ensemble de ses activités, ayant mené à une concentration des structures. Ainsi, ce devoir vise à explorer comment la financiarisation de l'économie s'est traduite par la mise en place de principes néolibéraux de libéralisation et de libre concurrence au sein du secteur de la santé en France. Il explorera pourquoi la mise marché des secteurs de la complémentaire santé et de la santé à l'échelle européenne remet en cause les principes et les finalités des structures mutualistes œuvrant sur ces champs. Ce sujet propose d'analyser ces évolutions récentes au regard de l'étude de ses effets sur les structures mutualistes de Livre III, particulièrement à travers le prisme de l'activité dentaire, qui cristallise plusieurs des dynamiques citées. Les structures mutualistes sont celles régies par le Code de la mutualité, lequel est subdivisé en plusieurs livres. Le Livre I expose les règles générales applicables à toutes les organisations mutualistes. Le Livre II expose les règles applicables aux mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation, tandis que le Livre III regroupe toutes les dispositions applicables à la gestion des activités sanitaires et sociales, aussi appelées services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM).

Le modèle mutualiste, né en 1780 (Siney-Lange, 2018), a été profondément transformé par les mutations du capitalisme moderne. La mutualité a historiquement joué un rôle central dans la construction du système de protection sociale tel qu'il existe aujourd'hui, ainsi que dans la facilitation de l'accès aux soins. Or à l'issue des « Trente Glorieuses » dès 1970, le capitalisme mondial connaît une dynamique de financiarisation, marquant le passage d'un capitalisme industriel à un capitalisme financier (Guy et al., 2023, p. 384). Le processus de financiarisation est notamment marqué par l'extension des principes de marché sur l'ensemble des secteurs, dont la santé. En théorie néoclassique, le marché joue le rôle de coordinateur principal entre les intérêts des différents acteurs sur les marchés (Lebaron, 2008). La financiarisation ainsi que la formation d'un marché international ont été théorisés par Henri Bourguinat (1992) par trois notions, les « 3D » : déréglementation, décloisonnement et désintermédiation. Le

décloisonnement implique que différents acteurs économiques peuvent agir dans un même champ. Par exemple, c'est le cas de la mutualité, qui a vu le champ de la protection sociale assimilé à celui d'assurance dès 1980, ouvrant ainsi le champ jusque-là exclusivement réservé aux structures mutualistes aux organismes privés à but lucratif (les institutions de prévoyance ou IP, les assureurs privés à but lucratif, etc.). Sera considérée comme lucrative toute entreprise dont l'objet principal est de réaliser des bénéfices, et dont les bénéfices sont appropriables individuellement. Ensuite, une désintermédiation, qui implique « le passage d'une économie d'endettement à une économie de marchés financiers, c'est-à-dire d'une économie où l'accès aux financements de l'activité passe par le crédit bancaire, à un financement qui passe par l'émission de titres sur les marchés financiers » (Guy et al., 2023). Autrement dit, la désintermédiation renforce la nécessité pour les organisations d'avoir recours aux marchés. Enfin, une déréglementation, qui a pour finalité principale de fluidifier la circulation des capitaux financiers en limitant l'encadrement de l'État sur les activités financières, et qui est souvent concomitante à une harmonisation de ces marchés. La coordination sur le marché passe ici par le fonctionnement d'une « concurrence libre d'entraves » (*ibid.*), caractérisée par la réunion de cinq conditions : l'atomicité, c'est-à-dire la réunion d'un grand nombre d'acteurs incapables d'influencer seuls le marché, l'homogénéité des produits, la libre entrée et sortie du marché, la parfaite mobilité des capitaux et du travail, ainsi qu'une transparence totale de l'information. En théorie néoclassique, le rôle des pouvoirs publics est avant tout de garantir l'efficacité des marchés, notamment en menant des politiques de libéralisation, dites aussi de décloisonnement (Bourguinat, 1992), et par le démantèlement des monopoles historiques, comme c'est le cas de la mutualité. Ces évolutions ont progressivement intégré les mutuelles dans un marché européen de l'assurance, en les soumettant aux mêmes contraintes que les acteurs lucratifs.

Cette recomposition du rôle de l'État et de ses modalités d'intervention dans les différents secteurs comprend la santé et la protection sociale. La financiarisation du système de protection sociale et de la santé répond donc à ces prérogatives, et c'est à ce titre que la place et le fonctionnement des Unions mutualistes, en tant qu'actrices de la protection sociale et de la santé, ont connu une transformation profonde, initiée en 1980 et renforcée autour des années 2000. Dans la santé de manière spécifique, la libéralisation s'exprime par une recomposition de l'intervention publique, par des modalités notamment réglementaires ou fiscales.

Elle favorise la concurrence entre les différents acteurs du secteur par quatre dimensions (Hassenteufel et al., 2001) :

1. le développement de « l'offre » de soins, permettant au patient de choisir son lieu de soin ou sa mutuelle par exemple, en considérant le patient comme un consommateur de sa santé ;
2. un renforcement de la concurrence entre les offreurs de soins : dans le cadre de la gestion d'une activité dentaire, cette modalité concerne moins la captation des patients (« consommateurs »), que le recrutement des professionnels de santé ;
3. l'évaluation des différents offreurs de soins au même niveau, sans différenciation du gestionnaire, ainsi que la publication des résultats de cette évaluation pour favoriser la concurrence en permettant aux patients d'effectuer un « choix libre et éclairé ».
4. enfin, le glissement d'une finalité de lutte pour la santé vers la transformation des acteurs chargés des soins en « entrepreneurs de soins », à la fois par la généralisation d'indicateurs et d'outils de pilotage de l'activité de soin inspirés de pratiques du management privé et par la « perception de soi comme un acteur en situation de concurrence sur un marché » (Hassenteufel et al., 2001, s. p.).

Ce travail vise donc à démontrer dans quelle mesure la financialisation, par la libéralisation et la mise en marché des secteurs de la complémentaire santé et de la santé, redéfinit les finalités des organisations mutualistes de Livre III, les conduisant à repenser leurs stratégies et leurs modèles organisationnels. Il cherchera à répondre à deux hypothèses principales : d'abord, la gestion, au sens de l'administration et de la direction d'une organisation, et les finalités des Unions de Livre III du Code de la mutualité sont mises en tension par la financialisation de l'économie, à la fois du champ de la complémentaire santé et de la santé. Si la mutualité a historiquement joué un rôle central dans l'accès aux soins et la protection sociale, son modèle solidaire et non-lucratif est remis en question et banalisé par les transformations du secteur liées aux évolutions réglementaires. Dans ce contexte, le maintien de certaines de ses activités est incertain. Cette mutation du modèle de production vers un capitalisme financier pousse à une recomposition majeure des Unions et mutuelles de Livre III, les contraignant à adapter leurs modèles de gestion économique.

La méthodologie de ce mémoire s'appuie sur une double démarche, issue à la fois d'observations émanant de mon emploi occupé au sein de l'Union des mutuelles de France Savoie (UMF73), et complétée par une réflexion académique. La problématique de ce devoir

est issue des explorations théoriques, puis questionnée et confrontée au regard des différents entretiens réalisés. La démarche est donc plutôt inductive ou itérative : l'hypothèse formulée (les finalités des structures mutualistes sont mises en tension par la mise en place de mesures de libération de la complémentaire santé et de la santé) est issue d'échanges ayant eu lieu durant mon alternance. Cette hypothèse est ensuite analysée à partir des apports théoriques, ainsi que questionnée au regard de l'objet d'étude (la gestion d'une activité dentaire par une Union de Livre III du Code de la mutualité de mouvance syndicale) à partir d'entretiens. Les entretiens n'ont pas été réalisés sur un échantillon représentatif de l'ensemble du paysage mutualiste. Ils donnent la parole à trois Présidents et trois Directeurs et Directrices d'Unions mutualistes de Livre III, ayant une fine connaissance des évolutions du secteur mutualiste. L'ensemble des personnes interrogées appartiennent à des structures politiquement rattachées à une mouvance dite « syndicale » de la mutualité (cf. infra), qui ne représente ni l'ensemble ni la majorité du paysage mutualiste. Ces entretiens ont visé à comprendre à la fois la place de l'interlocuteur au sein de sa structure et du mouvement mutualiste, avant de le questionner sur sa compréhension et son point de vue des évolutions majeures ayant transformé le fonctionnement et les finalités des structures mutualistes. La grille d'entretien, comprenant l'ensemble des questions posées à tous les interlocuteurs, est disponible en Annexe 1. La méthode retenue est donc essentiellement qualitative, s'appuyant sur des entretiens retranscrits (Annexe 2) puis analysés. L'étude des textes de lois, réglementations et normes juridiques encadrant les structures de Livre II et de Livre III m'a permis de comprendre les effets de ces réglementations sur le secteur étudié. Concernant les publications scientifiques, la majorité des auteurs analysés dans l'analyse académique du sujet appartiennent au champ de l'économie politique, de la sociologie, ou de l'histoire. Ce devoir a donc un ancrage théorique en capitalisme de santé, à partir d'analyse d'économie politique. L'essentiel des données statistiques, apportant des éléments quantitatifs à l'analyse, sont issues de sites institutionnels et d'études ou de rapports publiques, notamment : Sénat, Assurance maladie, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

À partir de ces éléments, ce devoir sera composé de trois axes principaux. La première partie analysera les spécificités des sociétés de secours mutuel ainsi que le rôle de la mutualité dans l'accès aux soins et la construction du système de protection sociale actuel. La deuxième partie se concentrera sur les effets de l'essor du capitalisme financier. La mise en concurrence des acteurs de la complémentaire santé et du secteur de la santé favorise la concentration et contribue à la banalisation des organisations mutualistes. C'est ainsi que la troisième partie

examinera, à travers l'exemple du lancement d'une nouvelle activité au sein d'une structure de Livre III, la manière dont la coopération entre acteurs de l'économie sociale et solidaire peut contribuer une recomposition de l'identité mutualiste.

I – Des sociétés de secours mutuel aux œuvres sociales (SSAM) : les spécificités de la réponse mutualiste aux besoins en santé

La mutualité a historiquement occupé une place centrale dans l’organisation de l’accès aux soins et de la protection sociale en France. Fondée sur un modèle solidaire et non-lucratif, elle se distingue des logiques marchandes et libérales, mais fait aujourd’hui l’objet de profondes recompositions :

« Les solidarités, c'est ce qui fait l'humanité. Ce qui fait qu'une société existe est qu'il existe des solidarités. Le premier lieu de solidarité c'est la famille. Ensuite sont arrivées les charités chrétiennes, etc. Mais dans le cadre de la révolution industrielle en particulier, ça s'est délité [...] les populations se sont retrouvées à créer leur propre solidarité dans des conditions d'exploitation du travail, qui ont fait qu'il fallait en plus les renforcer. C'est ainsi que se sont créées les premières solidarités, soit syndicales, soit sanitaires et donc le premier rôle des mutuelles. En 1945, la création de la Sécurité sociale a rebattu les cartes, elle a eu le mérite de penser la santé, la retraite, la famille comme des leviers de société, et elle les a financés. Mais quelques années après, elle a déremboursé. Et c'est là que les acteurs mutualistes se sont réveillés dans leur âme audacieuse de porteur de réponse. » (Directeur 1, Annexe 2.1)

L’objectif de cette partie est d’analyser, dans une perspective socio-historique, les spécificités des sociétés de secours mutuel et de l’offre de soins mutualiste. La mutualité émerge au XVIII^e siècle sous la forme des sociétés de secours mutuel, avant de connaître une institutionnalisation progressive qui aboutira à la création des « œuvres sociales », aujourd’hui appelées « services de soins et d’accompagnement mutualistes » (SSAM). Ces initiatives se distinguent par plusieurs caractéristiques structurantes, notamment : la constitution de structures de soins par et pour ses adhérents, la non-lucrativité des activités, la gestion démocratique, la pratique de tarifs accessibles, et un accent fort mis sur la prévention.

A) Sociétés de secours mutuel et origines syndicales de la mutualité

Cette section vise particulièrement à comprendre l'histoire de la mutualité afin de comprendre les spécificités des organisations mutualistes contemporaines. La mutualité trouve ses racines dans les sociétés de secours mutuel apparues dès la fin du XVIII^e siècle. Ces sociétés mêlent différentes fonctions, dont l'entraide face aux risques sociaux et l'organisation des revendications professionnelles, dans un rôle pré-syndical. Les deux sections suivantes analyseront comment l'institutionnalisation progressive de la mutualité consacre une séparation entre la fonction revendicative dite syndicale, légalisée et assumée par les syndicats, et la fonction mutualiste, cantonnée aux mécanismes de solidarité. La seconde section analysera comment cette distinction fonctionnelle est à l'origine d'une scission entre deux branches de la mutualité, libérale et syndicale, ainsi que ses implications dans le paysage mutualiste actuel.

1. Développement et institutionnalisation des sociétés de secours mutuel, premières origines mutualistes, sociales et solidaires

Le mouvement mutualiste a émergé au XVIII^e siècle, en 1780 (Dreyfus, 2008), sous la forme des premières sociétés de secours mutuel. Ces sociétés de secours mutuel sont un regroupement en auto-organisation d'ouvriers appartenant à un même atelier, ou à un même secteur. Les sociétés sont donc liées au milieu des corporations, confréries et compagnonnages, que sont les associations d'artisans se regroupant en vue de réglementer leur profession et de défendre leurs intérêts (Siney-Lange, 2018). Si les sociétés de secours mutuel sont considérées comme les premières organisations mutualistes, elles sont aussi largement considérées comme les premières formes d'organisations de l'Économie Sociale et Solidaire (OESS). Ces sociétés répondent à trois fonctions principales, bien qu'elles ne soient pas pensées comme telles au départ (Desroches, 1983) :

- D'abord, la bienfaisance des notables locaux, dont de nombreux médecins, dans un contexte de fort paupérisme ouvrier et dans une logique caritative.
- Ensuite, une fonction de résistance, que l'on peut assimiler à une fonction de pré-syndicat. Ce rôle est celui de la défense des intérêts corporatifs, c'est-à-dire à la fois l'amélioration des conditions de travail des membres et la défense des tarifs de la profession.
- Enfin, une troisième fonction de prévoyance, qui permet d'organiser la solidarité à l'échelle des corporations. En constituant un fonds commun, les membres s'assurent mutuellement des risques sociaux. Les cotisations des adhérents servent par exemple à

financer l'incapacité à travailler à la suite d'un accident ou d'une maladie, ou encore à prendre en charge les frais d'obsèques.

Cette forme de protection sociale à but non-lucratif s'organise autour d'une contribution proportionnelle en fonction du revenu, ainsi qu'un mode de gouvernance démocratique : « Historiquement, les premières formes de protection organisée contre le risque de maladie ont été développées par des organismes mutualistes et des sociétés de prévoyance. Elles étaient destinées à compenser la perte de capacité de travail en cas de maladie ou à aider le travailleur à la restaurer. Organisées sur une base non lucrative, dans le cadre d'initiatives spontanées locales, d'organismes professionnels ou de divers groupements sociaux, les risques étaient mutualisés. » (Lewalle, 2006) La gouvernance peut être définie comme l'ensemble des règles et méthodes la prise de décision et leur application. Dès lors, la concomitance entre ces trois fonctions des sociétés de secours mutuel montrent une imbrication entre la dimension que l'on peut qualifier de socio-politique, aujourd'hui dite syndicale, avec le projet socio-économique des sociétés de secours mutuel, qui s'organisent pour répondre aux besoins de ses membres.

Dans le contexte de la Révolution française, la « Loi le Chapelier » du 14 juin 1791 a freiné l'essor légal des sociétés de secours mutuel. Dans un objectif de démantèlement des corporations et de contrôle des coalitions et des revendications des travailleurs, cette loi a rendu illégal tout regroupement de salariés ou d'employeurs, et a interdit le droit de grève et l'existence des syndicats. L'application de cette loi a donc pu dissuader le développement des sociétés de secours mutuel, tout du moins de manière ouverte et apparente, jusqu'au Second Empire. Si l'existence et la formation de ces groupements ont persisté, ils relevaient davantage d'organisations informelles, limitant *de facto* leur champ d'action et la structuration d'une solidarité à plus grande échelle, malgré la persistance de leurs activités de manière résistante (Dreyfus, 2008).

Avec l'émergence du capitalisme industriel au XIXe siècle, les sociétés de secours mutuel continuent de se développer dans les industries. Elles finissent par être autorisées à exercer légalement leurs activités en 1852 sous le Second Empire (1852-1870) (Reman et Feltesse, 2006), à la condition qu'elles se concentrent sur les mécanismes de solidarité, et non plus sur les revendications liées au travail. Si elles continuent d'être tolérées, c'est notamment en raison des bénéfices sanitaires et sociaux qu'elles procurent face aux nouveaux risques engendrés par l'essor du capitalisme industriel (Directeur 1, Annexe 2.1)

Avec Napoléon III qui met en place, à partir de 1852, une mutualité contrôlée par les notables et organisée, non plus sur une base professionnelle mais sur une base géographique, dite « mutualité impériale », la mutualité connaît un très fort développement, tout en se notabilisant : ce changement va la séparer durant près d'un siècle du mouvement syndical.

Constituées dans le cadre professionnel, avec une empreinte syndicale et revendicative, leur activité n'est tolérée que dans la mesure où elles se séparent de l'activité syndicale. L'année 1852 marque donc la mise en place par Napoléon III de la « mutualité impériale » (Deyfus, 2018), véritablement instaurée par le décret du 26 mars 1852, instituant une reconnaissance partielle de ce que représentait le rôle des sociétés de secours mutuel. La mutualité impériale se différencie du modèle préexistant, qui avait jusqu'alors un ancrage professionnel et était assimilé aux organisations syndicales (ou corporatistes). Elles étaient par ailleurs soumises à des contraintes strictes, tant dans leur organisation que dans leur action : à la tête de ces sociétés sont nommés par l'empereur ou le préfet des notables locaux, devant fournir des rapports de leurs activités, et elles étaient soumises à une forte surveillance du pouvoir public. Leur organisation sur un modèle pyramidal a permis de canaliser et d'uniformiser les actions mutualistes sur le territoire, neutralisant leur rôle revendicatif, en cantonnant le rôle de la mutualité à un rôle apolitique. Toute coalition reste interdite.

Ainsi, le développement des sociétés de secours mutuel est à la fois marqué par l'essor du capitalisme industriel et la fondation de la mutualité impériale au XIXe siècle. La mutualité impériale connaît un fort développement : « en 1870, 70 % (4 200) des groupements existant dans l'Hexagone sont des sociétés approuvées, alors que les sociétés autorisées ne sont plus que 1 700. » (Dreyfus, 2018). Elle consacre ainsi une séparation entre la dimension socio-politique et la dimension socio-économique des sociétés de secours mutuel. Plus généralement, cette histoire est celle d'un double mouvement entre le renforcement des sociétés de secours mutuel, se positionnant peu à peu comme service répondant aux besoins de la collectivité, et l'institutionnalisation de la mutualité, encadrée et normalisée par les exigences du pouvoir public (Dreyfus, 2008). L'activité de revendication est reprise par les syndicats, et légalisée avec la suppression du délit de coalition le 25 mai 1864 (loi Ollivier), ainsi qu'avec la création du statut légal des syndicats professionnels le 21 mars 1884 (loi Waldeck-Rousseau). Cela cantonne le travail de syndicalisme à celui de revendication, alors qu'auparavant il n'était pas séparé de l'activité de production.

Après la création des syndicats, la mutualité impériale est remplacée par la reconnaissance d'un modèle davantage libéral le 1^{er} avril 1898, par le vote de la Charte de la Mutualité. Celle-ci permet la création de sociétés mutualistes et de caisses autonomes sur simple déclaration, notamment sous la forme d'unions. Ce développement et l'institutionnalisation de la mutualité française s'incarne particulièrement dans la création de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, créée en 1902. L'objectif de la fédération est alors de rassembler le mouvement mutualiste français, de coordonner l'action, ainsi que de fédérer autour d'une vision partagée des valeurs mutualistes. Il est estimé à 3 millions le nombre de membres dès la création de la fédération, témoignant d'un ancrage déjà profond de la mutualité dans la société (Mutuelle des Verriers & Assimilés, 2025). Le vote de la Charte de la mutualité marque, selon Dreyfus (2008) une reconnaissance de la place de la mutualité : « Les premières formes d'organisation mutualiste nationale qui s'esquisse dans les années 1880-1890 sont paisibles et ne se destinent nullement à remettre en cause l'ordre établi [...]. La loi de 1898, la Charte de la mutualité, dit en gros aux mutualistes : « *Développez vos œuvres comme vous voulez, vous avez toute liberté pour le faire !* » Désormais, la mutualité est conçue comme un mouvement avec lequel il devient possible de collaborer. » (s. p.) La spécialisation fonctionnelle des organisations syndicales et mutualistes conduit ainsi au réinvestissement des activités de revendication dans les syndicats.

Le début du XXe siècle est marqué par une lente reconnaissance du rôle de la mutualité, ainsi que l'émergence de réflexions et législations autour d'un régime obligatoire de protection sociale. En 1928, une loi sur les Assurances sociales est promulguée, fondant les prémisses de la Sécurité sociale instituée en 1945. Cette loi vise alors avant tout à protéger les salariés des risques de maladie, d'invalidité, de vieillesse et de décès. Elle s'inspire alors largement des modèles existant, notamment des modèles institués par les sociétés de secours mutuel à la suite de la loi de 1898, comptées au nombre de 19 000 caisses début 1920 en France (Archives du Sénat). Les mouvements mutualistes participent alors largement à la gestion de ces caisses d'Assurance sociale, en service au pouvoir public : « Les mutualistes ont été les grands précurseurs de la Sécurité sociale. Les inventeurs du tiers-payant. Ce sont eux qui, les premiers, ont fait sauter les verrous de l'avenir-santé du monde du travail » (Jack Ralite, 1981, cité par Carini-Belloni, 2022, p. 32)

2. Des sociétés de secours mutuel à la création de la Sécurité sociale : comprendre la différence entre la mutualité libérale et syndicale

La séparation de l'activité dite mutualiste de l'activité syndicale marque encore aujourd'hui la mutualité, et est à l'origine d'une scission en son sein. Tandis que les sociétés de secours mutuel avaient un champ d'action comprenant l'accompagnement de la maladie, l'organisation des obsèques, et les luttes salariales, la mutualité impériale se sépare de la branche liée aux revendications sociales. Ces revendications seront entièrement assumées par le rôle des syndicats, dès leur autorisation, et par une branche dite « revendicative » de la mutualité. Cette scission est résumée dans un travail de mémoire d'une Mutuelle d'origine syndicale, réalisé par les administrateurs d'une mutuelle ouvrière : « Voilà comment la mutualité a fini par tracer deux chemins. L'un plus libéral, s'inscrivant uniquement dans une logique de gestion des mécanismes de protection sociale et regroupé au sein de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). L'autre, dit syndical, dans lequel la Mutuelle [...] puise ses racines, intégré aux syndicats professionnels dès leur autorisation légale à la fin du XIXe siècle. Le chemin de la mutualité syndicale a une vision plus globale de la société. Il inclut les revendications sociales et milite pour l'adhésion de toutes et tous au régime obligatoire de protection sociale, en postulant que la solidarité nationale doit primer face aux disparités sociales des territoires. » (Mutuelle Entrenous, 2025, p. 14-15).

Cette scission s'incarne de manière particulièrement visible à la sortie de la Seconde Guerre mondiale, au moment de la création de la Sécurité sociale en 1945. Une partie du mouvement mutualiste, dit libéral, issu de la mutualité impériale, s'inscrit dans une logique de gestion de mécanismes de protection sociale. La mutualité dite libérale plaide historiquement pour une adhésion libre et volontaire à ces mécanismes, et conteste le caractère obligatoire de cette affiliation. Elle aborde donc la création de la Sécurité sociale avec réserve : « La Mutualité française, signataire de la Charte du travail du gouvernement de Vichy, voit dans la création de la Sécurité sociale une sanction de son attitude pendant la guerre. » (FNMF, s. d.) La contrepartie trouvée avec le législateur est une délégation de gestion de certains régimes professionnels obligatoires (dont notamment l'Education nationale) à la mutualité française, en échange de quoi cette dernière reconnaît la légitimité de la Sécurité sociale.

Une autre partie du mouvement mutualiste, dit syndical, ou mutualité ouvrière, ou encore mutuelles de travailleurs, se distingue de la mutualité libérale et s'inscrit dans une logique globale de revendications sociales et de gestion de mécanismes de protection sociale. Cette

partie de la mutualité a été pleinement intégrée aux syndicats professionnels, qui ont milité pour la création de régimes obligatoires de protection sociale dès leur création à la fin du XIXe siècle. Le mouvement mutualiste syndical, dissous durant la guerre, et reconstitué à la Libération, a immédiatement reconnu la légitimité de la Sécurité sociale. En effet, sa conception de la mutualité est plus large et s'explique par ses origines ouvrières et syndicalistes : elle ne distingue pas l'action mutualiste des revendications sociales, et s'engage en faveur d'une solidarité nationale en faveur de réponses localisées. C'est en cela que la conception de la Sécurité sociale de 1945 répond parfaitement au projet de transformation sociale souhaité par cette branche de la mutualité : « les mutuelles ouvrières, à travers la FMF, ont toujours été dans la défense de la Sécurité sociale. Nous, on le dit souvent : on existe par défaut. La complémentaire santé, on existe par défaut puisque la Sécu ne répond pas à sa tâche primaire. » (Président 3, Annexe 2.5)

Cette distinction entre les différents mouvements mutualistes a une importance dans ce mémoire. En effet, le champ d'étude de ce devoir s'appuie uniquement sur des Unions mutualistes de Livre III s'inscrivant dans une orientation politique issue de la mouvance syndicale. La gouvernance des Unions mutualistes est composée par les adhérents bénévoles des Mutuelles. Aussi, les Unions de la mouvance syndicale sont constituées de mutuelles ouvrières. Sur le champ de l'Assurance maladie, la mutualité syndicale défend donc un régime intégral, et sur le champ de l'offre de soins, elle défend la non-lucrativité, la gouvernance par les patients, le salariat des professionnels de santé et l'application stricte des tarifs de convention entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie, signifiant qu'elle ne pratique pas de dépassements d'honoraires.

B) Des sociétés de secours mutuel aux œuvres sociales : la création d'œuvres sociales

Aujourd’hui, les structures mutualistes sont présentes sur une grande diversité de secteurs et d’activités, qui ne se limitent pas au champ d’étude de ce mémoire. Elles sont notamment impliquées dans la gestion d’activités de complémentaire santé, en complément de la branche maladie de la Sécurité sociale. Elles gèrent aussi une activité de prévoyance, en complément de la branche de la Sécurité sociale relative aux risques professionnels. S’y ajoute une activité de retraite supplémentaire, en complément du système de retraite obligatoire et complémentaire. Des structures mutualistes constituent des plateformes techniques, c’est-à-dire des structures qui regroupent les mutuelles autour de fonctions supports, dont le coût peut être difficile à maîtriser pour une seule structure. La mutualité a également créé des services de soins, qui sont l’objet du présent devoir. Ils sont divisés en trois secteurs principaux : la distribution de biens médicaux, regroupant l’activité optique, d’audioprothèse, et les pharmacies, puis le secteur social ou médico-social, regroupant notamment les services de soin à domicile, de petite enfance, les établissements et services pour personnes âgées ou pour les personnes en situation de handicap. Enfin, le troisième secteur est le secteur sanitaire, regroupant les établissements hospitaliers et les centres de santé, sur lesquels porte ce travail, spécifiquement à travers l’activité dentaire.

Le développement progressif de différentes formes de services de soin et d’accompagnement mutualistes (SSAM) traduit une capacité d’innovation et d’adaptation face aux transformations économiques, sociales et sanitaires de la société française. Cette section visera donc à comprendre les origines des structures de soins mutualistes, et au sein de ce mouvement, la seconde section analysera la manière dont la mutualité syndicale a contribué à la création d’œuvres sanitaires et sociales durant la seconde moitié du XXe siècle. Cette section s’intéresse également à la spécificité des premières offres de soins mutualistes face aux cabinets libéraux ou aux institutions publiques, afin de montrer comment cette offre de soins est spécifique et s’est constituée en dehors des pratiques de financiarisation de la santé (II).

1. Aux origines des œuvres sociales mutualistes : de la mutualité impériale aux services de soins et d'accompagnement

Comme le montre l'exemple de la création de la première pharmacie en 1857, les ouvriers et à travers eux la mutualité syndicale créent les premières œuvres sociales, et sont pionnières dans la création des œuvres sanitaires et sociales jusqu'à la fin du XIXe siècle. Pourtant, les réalisations qui se développent de la fin du XIXème siècle au début du XXème siècle sont portées principalement par la mutualité libérale. En effet, le développement de la mutualité impériale est permis par une reconnaissance partielle de l'action mutualiste. La mutualité impériale, instituée par Napoléon III, est aussi à l'origine des premières « œuvres sociales », nommées dès 1980 « réalisations sanitaires et sociales », et aujourd'hui appelés « services de soins et d'accompagnement mutualistes » (SSAM). L'objectif des premières œuvres sociales mutualistes est à la fois sanitaire et social. Elles constituent aujourd'hui « le premier réseau sanitaire et social français » (Siney-Lange, 2018). Dès 1870, et davantage encore dès 1898, le contrôle des organisations mutualistes relève moins du contrôle politique que d'un encadrement administratif. Les sociétés de secours mutuel sont autorisées à intervenir dans un champ d'action divers, allant de la protection sociale, à la prévoyance, la retraite, et les accidents, jusqu'aux œuvres sanitaires et sociales. Elles sont également autorisées à se regrouper au sein d'Unions, afin d'instituer des caisses de protection sociale (« caisses autonomes »), et de gérer les premières œuvres sociales (*ibid.*). L'émergence de nouveaux besoins sociaux, liée à la mutation économique et sociale de la société française, entraîne au début du XIXe siècle une recomposition des champs d'action mutualistes : « En l'absence d'un système de protection sociale étatique, ce sont les initiatives citoyennes qui refleurissent, donnant un nouvel élan aux sociétés de secours mutuel. Ces associations, héritières des anciennes confréries et corporations, se réinventent pour offrir une réponse concrète aux aléas de la vie : maladie, accident, vieillesse ou décès. » (Mutuelle des Verriers & Assimilés, 2025, p.).

Ainsi, cette période marque un essor de la mutualité et de ses œuvres sociales : « En somme, la recrudescence des sociétés de secours mutuel au XIXe siècle n'est pas un simple phénomène anecdotique. Elle représente une réponse populaire et organisée aux défis d'une société en pleine industrialisation, jetant les bases de ce qui deviendra progressivement notre système de protection sociale. » (Mutuelle des Verriers & Assimilés, 2025) C'est notamment le cas des pharmacies mutualistes, dont la première fut créée à Lyon en 1857, à l'initiative des canuts de la Société de secours mutuel des ouvriers de Soie. D'autres réalisations ont pris la forme d'établissements de soins, par exemple en médecine générale, comme celui créé à Angers en

1879, mêlant à la fois une activité de soins, tout transmettant des informations sur les soins et l'hygiène. Ce centre a montré l'attachement des réalisations mutualistes à une culture préventive des soins (Siney-Lange, 2018). L'autrice montre particulièrement la grande diversité de ces réalisations, s'adaptant à l'évolution des besoins médicaux. Ainsi, à l'entre-deux-guerres, la forte croissance du nombre de patients tuberculeux mène à la création de « dispensaires » visant à la prévention et le traitement de la tuberculose (Siney-Lange, 2018, p. 73). C'est également à cette période qu'apparaissent les premiers soins et établissements d'hygiène bucco-dentaire (*ibid.*) Un Président de Livre III décrit cette finalité des organisations mutualistes à répondre concrètement aux besoins des adhérents : « Nous, ce qu'on cherche surtout ce n'est pas tellement de se développer, d'être différent. Alors bien sûr qu'on est content quand on peut apporter une réponse différente, mais [ce qu'on cherche] c'est de répondre à des besoins. Moi je le dis toujours, on peut apporter ce qu'on veut, on peut amener des choses qui sont peut-être super belles mais qui n'apportent rien de nouveau, ni aux professionnels de santé qui travaillent chez nous, ni à la population. Investir là-dedans, ça ne sert à rien. » (Président 2, Annexe 2.4)

La charte de la mutualité offre une base législative à l'action mutualiste, tandis que les Unions qui se constituent permettent d'organiser la logistique des soins et œuvres sociales mutualistes. Dans le même sens, la liberté d'association de la loi de 1901 reconnaît la spécificité de l'esprit d'entraide et de solidarité de la forme associative, ainsi que les principes de non-lucrativité et de gestion démocratique par ses membres. Ce cadre juridique permet également au mouvement mutualiste de se développer au cours du XXe siècle. Après la promulgation de la Charte de la mutualité, le vote de la loi sur les Assurances sociales vient institutionnaliser l'action de la mutualité en l'intégrant dans la gestion des prémisses de la Sécurité sociale. Quant à elle, la création de la Sécurité sociale par ordonnance en 1945 permet de réorganiser le champ d'action mutualiste. La Sécurité sociale prenant en charge la « base » obligatoire des remboursements de santé, les mutualistes développent de nouvelles activités. Dès lors, ils commencent à rembourser, par exemple, le ticket modérateur, en se positionnant dans un rôle de « complémentaire » par rapport à la Sécurité sociale, puis développent de nouvelles activités de soins.

2. La création des œuvres sociales par les mutuelles ouvrières

Le développement des œuvres sociales par la mutualité ouvrière suit une trajectoire distincte. En récréant des mutuelles pour pallier les carences de l'Assurance maladie obligatoire dès les Trente glorieuses, la mutualité syndicale a refondé un mouvement de création d'œuvres sanitaires et sociales. L'activité de revendication sociale étant spécialisée dans le rôle des syndicats à la fin du XIXe siècle, les militants réinvestissent prioritairement les syndicats pour les questions de revendications, et la mutualité est alors relativement délaissée par le mouvement syndical pendant plusieurs décennies. Le mouvement mutualiste syndical connaît surtout une phase de renouvellement à l'issue de la Seconde Guerre mondiale (Dreyfus, 2008). Leur action est favorisée par la création des Comités d'entreprise par l'ordonnance du 22 février 1945. Ils permettent à de nombreux militants mutualistes ou syndicalistes de constituer des mutuelles d'entreprise. Dans la mesure où la mutualité syndicale est reconnue par le Code de la mutualité, mais exclue des instances de la mutualité française, elle se fédère dès 1960 par la création de la Fédération nationale des mutuelles ouvrières (FNMO), constituée d'organismes mutualistes gérés par des militants syndicaux. Dès sa création, elle défend une gestion non-lucrative et démocratique de la protection sociale ainsi que de l'offre de soins. La FNMO devient la Fédération nationale des mutuelles de travailleurs (FNMT) en 1968 puis la Fédération des mutuelles de France (FMF) en 1986.

Après la création de la Sécurité sociale, des restes à charge commencent déjà à être constatés dans les dépenses de santé, entraînant rapidement une remobilisation du mouvement mutualiste syndical : « En 1945, la création de la Sécurité sociale a rebattu les cartes, elle a eu le mérite de penser la santé, la retraite, la famille comme des leviers de société, et elle les a financés. Mais quelques années après, elle a déremboursé. Et c'est là que les acteurs mutualistes se sont réveillés dans leur âme audacieuse de porteur de réponse. » (Directeur 1, Annexe 2.1) Charlotte Siney-Lange décrit le tournant dans la gestion et l'organisation de la protection sociale comme une augmentation des « tracasseries administratives » (2018, p. 323) résultant des débuts de la crise économique suivant les chocs pétroliers de 1974 et 1976. Tandis que le modèle de protection sociale tel que construit dans la période d'après-guerre s'appuie avant sur l'économie prospère dite des « Trente Glorieuses » caractérisée par un faible taux de chômage, la baisse des cotisations sociales liée à l'augmentation du chômage pousse à la restriction des dépenses de ce modèle de protection sociale : « la baisse des cotisations, proportionnelle à la montée inexorable du chômage - de 400 000 chômeurs en 1968 à 1 million en 1975 puis 1,5 millions en 1980 -, fait émerger le thème du « trou de la Sécu », encore aujourd'hui d'une brûlante

actualité. Pour y faire face, les gouvernements successifs multiplient les plans de rigueur budgétaire ou de relance par la consommation, en vain. En 1977, la ministre de la Santé, Simone Veil, entame ainsi un programme de compression des dépenses médicales, par le déremboursement de cinq cent médicaments « de confort », dont la prise en charge passe de 70 à 40 % » (Siney-Lange, 2018, p. 323). Par ailleurs, le plan dit « Juppé » de 1995 marque notamment une reprise en main de l'État sur le financement de la Sécurité sociale. Ce processus est mis en œuvre par la création de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), votée annuellement, permettant au gouvernement et au Parlement de déterminer ses équilibres (Annexe 4).

Tableau 1 : Évolution de la part de la dépense publique de santé dans la dépense totale de santé (1970-2002)

	1970	1980	1990	2000	2002
France	75.5	80.1	76.6	75.8	76.1

Depuis : Lewalle, 2006.

Entre 1970 et 2002, la dépense publique de santé a oscillé dans une fourchette d'environ 5 points : elle a augmenté jusqu'au début des années 1980, avant de se stabiliser puis de décroître, principalement en raison des politiques de « maîtrise des dépenses de santé » transférant une part croissante des coûts sur les assurés sociaux. (Lewalle, 2006) C'est alors que les assurés sociaux ont pu constater une hausse de leur reste à charge. Le reste à charge correspond à la part de la dépense de santé que les ménages ont à payer directement lors des soins, après intervention de l'AMO (la Sécurité sociale), de l'État et des OCAM.

Un Directeur du Livre III se souvient : « Alors de ce que j'en sais, on remonte à 60 ans en arrière, un peu plus de 62 ans, et les acteurs mutualistes des mutuelles de travailleurs [de mon département] ont souhaité investir dans une offre de soins. [...] Le départ, c'était : « moi en tant que mutuelle, je me retrouve à compléter les remboursements de la Sécurité sociale, mais à le faire de manière aveugle ». Les travailleurs, ce sont des militants. Et les militants n'aiment pas la fatalité, ce sont des acteurs et donc ils ont décidé de s'emparer de ces sujets-là en se disant « on ne peut pas être des payeurs aveugles », qui vont participer à notre système par essence inflationniste : dès lors que l'on rembourse, les prix augmentent. Et donc ils ont décidé d'offrir et de densifier une offre, en réponse à ce qui coûtait cher, c'est-à-dire la prothèse dentaire et les montures d'optique, au départ. » (Directeur 1, Annexe 2.1)

Le Président d'une Union rapporte les mêmes éléments : « Les mutuelles qui existaient à ce moment-là sur le secteur, elles payaient des prestations. Pour que leurs adhérents aient de moins en moins de reste à charge, elles augmentaient la prestation, et plus elles augmentaient la prestation, plus le coût a été élevé. En vérité, dans le monde libéral, ils avaient compris le système : plus ils avaient de retour financier, plus ils augmentaient pour que ça leur revienne à eux. Donc à un moment donné, on a dit « stop, on va arrêter tout ça ». On a regardé si on pouvait créer nous-même nos propres centres, et on a créé nos centres. Comme ça on a dit à nos adhérents « venez dans nos centres, comme ça, le coût qu'on vous rembourse, vous aurez le reste à charge 0 ». Ce n'était pas tout à fait dans cette proportion-là, mais le coût moyen était moins élevé. C'est de là qu'on a commencé à répondre à la population sur des besoins. » (Président 2, Annexe 2.4)

Les structures se sont souvent mobilisées en deux temps, d'abord par la création d'organisations mutualistes permettant de prendre en charge les restes à charge des assurés sociaux, directement implantées au sein des entreprises. Elles s'implantent par exemple au sein d'entreprises industrielles sur des secteurs de métallurgie, textile, verre, ou d'acier. Puis dans un second temps, dès lors que le tissu mutualiste est structuré en matière de remboursement complémentaire à l'Assurance maladie, le mouvement mutualiste syndical va initier la gestion d'une offre de soins sur le territoire, en priorité sur les soins les moins bien remboursés : dentaire, optique, et nouvellement l'audioprothèse. Ces œuvres sociales ont pu être créées directement par la mutuelle, ou par une entité juridiquement distincte comme une Union mutualiste. Un Directeur de Livre III revient sur cette histoire de la création de ses œuvres sociales : « ces quatre ensembles de mutuelles ont eu besoin pour leurs adhérents de leur donner l'accès à des soins dentaires et optiques, puisque c'étaient des soins qui traditionnellement étaient coûteux, mal remboursés, et auxquels les ouvriers de ces usines avaient beaucoup de mal à accéder. Donc notre premier centre dentaire, ça a été en 1971 » (Directeur 2, Annexe 2.2). Ce témoignage permet aussi de comprendre le maillage géographique spécifique des œuvres sociales des « mutuelles d'entreprise », qui se développaient ainsi historiquement au plus près de leurs adhérents.

Ainsi, ces sections permettent de comprendre comment, par leur histoire, les œuvres sociales mutualistes se distinguent de leurs équivalents. Tout d'abord, ces organisations sont avant tout créées en réponse à un besoin social important des adhérents, et sont gérées par les adhérents

selon le principe démocratique « une personne, une voix ». Par exemple, les pharmacies mutualistes, émergeant à la moitié du XIXe siècle, poussées par l'essor de la pensée hygiéniste dans la société, et de peu suivies par les « dispensaires » (Siney-Lange, 2018). L'hygiénisme est un courant de pensée inspiré des pensées des Lumières au XIXe siècle, qui vise avant tout à améliorer l'état de santé des populations en s'appuyant sur la connaissance scientifique (Quianou, 2022). Les dispensaires mutualistes se distinguent des cabinets libéraux, ou des formes associatives, charitables, ou patronales, en cela qu'elles ne sont pas gratuites mais à bas coût, permettant un accès aux soins de qualité aux travailleurs et ouvriers (Siney-Lange, 2018). L'histoire des œuvres sociales est également caractérisée par une forte capacité d'innovation, chaque forme d'œuvre ayant émergé en réponse aux besoins sociaux prédominants au moment de sa création, comme la tuberculose (cf. supra), avec un accent sur la prévention. Ce concept d'innovation est ici compris comme une innovation sociale, définie par le Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire (CSESS) : « L'innovation sociale consiste à élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits dans les conditions actuelles du marché et des politiques sociales, en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés, notamment des utilisateurs et usagers. Ces innovations concernent aussi bien le produit ou service, que le mode d'organisation, de distribution, dans des domaines comme le vieillissement, la petite enfance, le logement, la santé, la lutte contre la pauvreté, l'exclusion, les discriminations ». En s'adaptant de façon permanente aux besoins sociaux émergents, les œuvres sociales mutualistes sont considérées comme vectrices de démocratisation de l'accès aux soins : « La diversité de ces initiatives témoigne de l'adaptabilité aux besoins sociaux, qui constitue le levier de la praxis mutualiste : aux bains-douches de l'hygiéniste Belle Époque succèdent les orphelinats de l'entre-deux-guerres, puis les colonies de vacances des Trente Glorieuses. [...] Plus remarquable encore est l'apport qualitatif des œuvres mutualistes, qui permettent à des travailleurs modestes d'accéder à des soins performants et à des services généralement réservés aux classes privilégiées. » (Toucas-Truyen, 2018, p.199)

Dès leur création, ces organisations visaient à favoriser l'accès aux soins, notamment en proposant des tarifs inférieurs à ceux pratiqués, notamment dans les cabinets libéraux, tout en pratiquant le tiers-payant (Siney-Lange, 2018). Un Président et un Directeur de deux structures différentes en témoignent : « Quand on s'installait, on était 40 % moins cher que les opticiens privés, donc il y avait un véritable attrait pour la population et les mutualistes de fréquenter les centres d'optique. Pour les pôles dentaires, il en était de même, puisqu'on avait la pratique du

tiers payant, qui permettait aux adhérents de ne pas avancer d'argent. » (Président 1, Annexe 2.3)

« Évidemment, ça a été un combat. La principale avancée, c'est que non seulement on s'engageait à faire des tarifs très bas, puisque le but n'était pas de gagner de l'argent. Le but était d'être non-lucratif, il était uniquement de soigner les gens et de pouvoir leur donner l'accès aux soins, notamment aux adhérents, et surtout avec la pratique du tiers payant. C'est ça qui a complètement révolutionné. » (Directeur 2, Annexe 2.2) La pratique du tiers-payant permet au patient de ne pas avancer les frais de santé : l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) règle directement le professionnel pour la part qu'elle couvre. Lorsque l'AMO ne prend pas en charge la totalité du soin, on parle de tiers-payant partiel. Certains centres proposent le tiers-payant total. Le centre avance alors l'ensemble des frais, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) du patient.

Si elles diffèrent du point de vue de leur offre de soins, les centres de santé mutualistes se différencient aussi dans les modèles de gestion et l'organisation de leurs centres de santé (notamment dentaires), comme le salariat des praticiens du centre, ainsi que l'alignement des tarifs pratiqués sur les tarifs remboursés par l'AMO, sans dépassements. L'étude d'un Livre III de Bouches-du-Rhône témoigne de ces engagements : « Deux principes structurants y sont imposés : le salariat médical en équipes pluridisciplinaires centrées sur la médecine générale, permettant de supprimer le lien d'argent entre les médecins et leurs patients issus majoritairement des quartiers populaires ; et l'alignement des honoraires sur les tarifs d'autorité, c'est-à-dire ceux remboursés par la Sécurité sociale à 80 %, en pratiquant notamment le tiers-payant. Ces principes forgent l'identité sociale et la cohésion professionnelle des médecins mutualistes en même temps qu'ils les marginalisent du corps médical marseillais attaché à une pratique libérale et individuelle, et farouchement hostile à la politique conventionnelle. » (Carini-Belloni, 2022, p. 31-32)

A ce jour, ces spécificités continuent à différencier les centres de santé mutualistes des autres structures de soins : « En 2025, on constate que 50 % de la population qu'on soigne dans nos centres dentaires, sont dans des situations de précarité, voire de très grande précarité » (Président 3, Annexe 2.5). Conformément à leurs principes historiques, les centres de santé dentaires répondent aujourd'hui à un besoin important des assurés sociaux, en cherchant à favoriser l'accès aux soins. Les centres de santé mutualistes accueillent à cet effet une population en moyenne plus défavorisée que les cabinets libéraux (Annexe 2.4). Un constat

similaire est porté par l'IGAS en 2023, constatant que la majorité des centres de santé pluriprofessionnels accueillent des taux moyens de patientèles sous complémentaire santé solidaire (C2S) et sous aide médicale d'État (AME) plus élevés que la moyenne nationale : « En 2022, les taux moyens nationaux de patientèles C2S et AME étaient respectivement de 9,6 % et de 0,4 % en 2022, soit un taux moyen national global C2S et AME de 10 %. En moyenne, les centres avaient un taux de patientèle C2S et AME de 18,2 %, soit près du double du taux moyen national. » (IGAS, 2023, p. 36) La C2S est une couverture santé complémentaire principalement destinée aux personnes précaires, qui est financée par l'État. Un Président de Livre III décrit cette segmentation dans la prise en charge de la patientèle en soins dentaires : « dans le dentaire, on ne peut pas répondre à toute la population. On n'a pas assez de dentistes, donc même les dentistes libéraux qui existent, ils répondent avec nous. Le problème, c'est qu'aujourd'hui, quand quelqu'un est en CMU ou quand quelqu'un a une C2S, ils ne le prennent pas. Ils disent « allez dans le centre dentaire mutualiste ». » (Président 2, Annexe 2.4) Par ailleurs, de nombreux centres de santé dentaires mutualistes sont implantés en priorité dans des zones sous-dotées, où l'accès aux soins est difficile : « Par exemple, on a un centre dentaire dans le quartier [...] à [...], je ne sais pas si vous le connaissez, mais c'est un quartier qui est entre moyens et pauvres. On n'en est pas loin. On s'est mis là, justement parce qu'on voulait répondre à cette population, mais on ne s'est pas mis dans le quartier Moreno parce qu'on voulait aussi que l'autre population puisse venir. Donc voilà, on n'en est pas loin, mais on n'est pas franchement dedans, ça permet à l'ensemble des populations de venir se faire soigner. Un libéral ne se serait jamais mis, ni là, ni à Moreno. Il se serait mis dans un quartier, on va dire qui est plus chic, plus huppé, qui apporte un peu plus d'argent. C'est aussi ça la problématique. » (Président 2, Entretien 2.4)

En conclusion, la mutualité a joué un rôle clé dans la constitution du système de protection sociale tel qu'il existe aujourd'hui. Ces initiatives spontanées locales ont constitué les premières formes de protection solidaire face aux risques liés à la maladie, ou au travail. Les initiatives mutualistes dépassent un simple rôle de remboursement des dépenses de santé, mais comprennent plus largement des actions de revendications liées au travail, et contribuent à la démocratisation de l'accès aux soins. Pourtant, la période récente est marquée par de fortes évolutions du mouvement mutualiste, avec des phénomènes de restructuration liés à l'évolution du système de protection sociale et du système de santé.

II – Financiarisation de la santé et de la complémentaire santé : facteurs de transformation et de mise en tension des Unions mutualistes

Le système économique mondial connaît à partir des années 1970 une dynamique de financiarisation, marquant le passage d'un capitalisme industriel à un capitalisme financier (Guy et *al.*, 2023, p. 384). Ce processus de financiarisation est notamment marqué par l'extension des principes de marché sur l'ensemble des secteurs, dont la santé. En théorie néoclassique, le rôle des pouvoirs publics est avant tout de garantir l'efficacité des marchés, notamment en menant des politiques de libéralisation, dites aussi de décloisonnement (Bourguinat, 1992), et par le démantèlement des monopoles historiques, comme c'est le cas de la mutualité. Transposée au champ de la santé, cette logique vise à « égaliser les conditions de concurrence entre opérateurs en coordonnant les conditions d'accès et d'exercice de l'activité, et protéger les assurés en réglementant les garanties financières exigées » (Boned et *al.*, 2018). Le modèle mutualiste, initialement caractérisé par la construction de petites structures non-lucratives, avec un ancrage territorial fort pour répondre au plus près des besoins locaux des adhérents par gestion démocratique, est mis en tension et profondément transformé par les mutations du capitalisme moderne. L'avènement d'un capitalisme financiarisé, sur la base de la théorie néolibérale, redéfinit les modes de régulation économiques : « La structure solidaire des systèmes d'assurance maladie est aujourd'hui confrontée à l'envahissement du secteur de la santé par la logique du marché qui résulte de l'emprise mondiale du libéralisme et des contraintes économiques imposées aux politiques sociales. » (Lewalle, 2006, p. 163)

C'est à ce titre que la place et le fonctionnement des Unions mutualistes, en tant qu'actrices de la protection sociale et de la santé, a connu une transformation profonde, initiée en 1980 et renforcée autour des années 2000. Cette seconde partie s'intéressera donc à la manière dont les Unions mutualistes sont au cœur des dynamiques croisées de financiarisation de la santé et de la complémentaire santé, en cherchant à questionner la capacité des Unions à conserver leurs engagements mutualistes ainsi que les valeurs qui les ont fondées. Une première section analysera les mutations sur le secteur de la complémentaire santé (dite « Livre II »), en analysant plusieurs dynamiques concomitantes : la création d'un marché européen de l'assurance, la généralisation de la complémentaire santé sous l'impulsion du législateur français, et l'harmonisation des organismes complémentaires de l'assurance maladie (OCAM). Cette section permettra de comprendre comment les conséquences de la mise en marché du

secteur de la complémentaire santé ne se limitent pas aux mutuelles, mais mettent également en tension la gouvernance, ainsi que la gestion économique des Unions mutualistes dites de Livre III. Une seconde section cherchera par ailleurs à analyser les dynamiques propres au Livre III du code de la mutualité, en se concentrant sur la gestion d'une activité dentaire. Cette seconde section tentera de comprendre comment la mutation du modèle de production vers un capitalisme financier pousse à une recomposition majeure des Unions, les contraignant à adapter leurs modèles de gestion économique.

A) La création d'un « marché européen de l'assurance » (1970-2019)

« La réglementation européenne cherche à mettre en place progressivement un véritable marché intérieur dans le domaine financier, en accroissant le degré d'harmonisation des législations nationales » (Boned, 2010, p. 92).

Dans la continuité de la première partie, consacrée à la genèse du mouvement mutualiste, il s'agit désormais d'analyser les transformations structurelles qui ont marqué ce secteur depuis les années 1980, en cherchant à comprendre si ces transformations sont compatibles avec les principes fondateurs de la mutualité tels que décrits ci-dessus. Longtemps bénéficiaire d'un monopole sur la complémentaire santé, la mutualité a été fragilisée par l'intégration du champ assurantiel dans la dynamique européenne. La France a notamment été contrainte d'adapter son droit national afin de se conformer aux principes européens de libre concurrence, ce qui a entraîné la remise en cause du monopole des mutuelles sur la complémentaire santé et une réduction significative du nombre d'acteurs. Entre 2001 et 2017, leur nombre a ainsi diminué de 77,3 % (Abecassis et Coutinet, 2020, p. 84).

Cette libéralisation ne s'est toutefois pas traduite par un retrait de l'action publique, mais plutôt par une recomposition de son rôle et l'introduction de nouvelles réglementations. Celles-ci ont eu pour effet de mettre en concurrence les différents acteurs du secteur, qu'il s'agisse des structures mutualistes (régies par le Code de la mutualité), des institutions de prévoyance (régies par le Code de la Sécurité sociale), ou des assureurs (régis par le Code de l'assurance). Deux autres conséquences de ce processus peuvent alors être identifiées : d'une part, une standardisation progressive de l'offre, qui conduit à une homogénéisation des règles et des pratiques des organismes ; d'autre part, un accroissement de la concurrence, qui modifie en profondeur les équilibres du secteur de la complémentaire santé.

Cette partie analysera donc successivement le mouvement de financiarisation comme celui de la libéralisation du secteur, accompagné d'une généralisation des OCAM, ainsi que l'harmonisation de leur offre.

1. Création d'un marché européen de l'assurance : libéralisation et harmonisation de l'activité de complémentaire santé

L'émergence d'un capitalisme financier dès les années 1970 et la régulation de la finance à un niveau européen tend à harmoniser les pratiques réglementaires nationales pour mettre en place un « marché intérieur dans le domaine financier » (Bonéd, 2010). Dans ce cadre, le processus dit Lamfalussy encadre l'harmonisation de la législation financière, notamment sur les secteurs dits des services financiers (*ibid.*), dont la banque, et l'assurance. Cette section s'intéressera donc particulièrement à la mise en œuvre du principe de décloisonnement et de libéralisation de l'activité de complémentaire santé par la création d'un marché européen de l'assurance, contribuant à la fois à la standardisation des organismes complémentaires de l'Assurance maladie (OCAM) et leur mise en concurrence. Une des dernières en date, la directive dite Solvabilité II de 2009 illustre ce mouvement : elle impose des marges de solvabilité, favorisant les regroupements entre assureurs, ainsi que des politiques renforcées de contrôle interne et de transparence.

a) La première réforme du Code de la mutualité (1985)

La réforme n°85-773 du 25 juillet 1985, appliquée par le décret n°86-384 du 13 mars 1986 est significative : il s'agit d'une réforme du Code de la mutualité (codifié en 1955), qui a avant tout visé à ouvrir le champ de la complémentaire santé, aussi dite de l'assurance de personnes et non de biens, à une diversité de gestionnaires. Les mutuelles qui avaient le monopole le perdent. La réforme de 1985, en appliquant les règles de l'assurance sur le risque santé, a eu pour conséquence de créer une concurrence sur la complémentaire santé. En effet, les mutuelles ne sont plus autorisées à proposer des garanties de prévoyance, tandis que les institutions de prévoyance ne peuvent de leur côté plus proposer de garanties de santé. Enfin, les assureurs, régis par le Code de l'assurance, peuvent proposer des garanties à la fois de santé et de prévoyance. La « croissance constante de l'encaissement annuel de la branche maladie dans le secteur de l'assurance non-vie » (Lewalle, 2006, p. 151) représente donc une opportunité de gain pour les structures à but lucratif, d'autant plus que le secteur n'était alors investi que par la mutualité.

En contrepartie de cette perte d'exclusivité, la réforme accorde aux mutuelles une extension de leur activité sur le champ sanitaire et social (Siney-Lange, 2018). Elle négocie par ailleurs plusieurs interdictions pour protéger leur modèle mutualiste. C'est notamment l'interdiction de sélection du risque, par exemple l'interdiction de faire remplir des questionnaires de santé aux adhérents, qui définissent précisément l'état de santé et permettent de définir un montant de cotisation différencié en fonction du « risque » de santé de chaque adhérent (Benoit et Coron, 2019). Pour autant, l'ouverture de la complémentaire santé à la concurrence transforme radicalement la structuration du champ dans les années suivantes. Par ailleurs, la libéralisation de la complémentaire santé au sens de l'ouverture de l'exercice de complémentaire santé à plusieurs types d'acteurs indépendamment de leur statut lucratif ou non a eu pour conséquence principale une segmentation de la prise en charge des assurés sociaux. Si historiquement, le fonctionnement de la mutuelle était une cotisation unique et une couverture unique, indépendamment des adhérents à la mutuelle, l'investissement du champ par les assureurs lucratifs s'est principalement concentré sur ses segments rentables. Ainsi, ces acteurs ont prioritairement proposé leurs contrats aux jeunes, présentant des risques de santé moins élevés. Cette stratégie a donc favorisé une concurrence centrée sur les prix et instauré une segmentation accrue de la couverture.

b) Directives européennes de l'assurance non-vie : création d'un « passeport européen » et d'un marché unique de la complémentaire santé (1973-2001)

En 1992¹, la Commission européenne entérine le principe d'un marché unique de l'assurance maladie privée, processus déjà entamé pour l'assurance non-vie par les directives précédentes en 1973² et 1988³ (Lewalle, 2006). Cette directive, dite de « troisième génération » (*ibid.*, p. 155), répond à l'axiome néolibéral de concurrence libre, appliqué au sein de l'Union européenne. Le cadre légal doit alors permettre une libre concurrence entre acteurs : la directive instaure un système dit de « passeport européen » (Boned et al., 2018, p. 49) permettant à chaque acteur (lucratif ou non) d'obtenir un agrément et d'exercer une activité d'assurance au sein des États membres de l'Union européenne, tout en étant assujetti au cadre réglementaire de son pays d'origine.

¹ Directive du Conseil 92/49/CEE du 18 juin 1992 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie et modifiant les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE (troisième directive non-vie).

² Directive 73/239/CEE, 24 juillet 1973.

³ Directive 88/357/CEE, 22 juin 1988.

La spécificité de cette directive est qu'elle applique le principe de libre concurrence, jusque-là mis en place pour la branche non-vie, dans la branche de la maladie pour les particuliers. Selon Boned et *al.* (2018), « Le marché européen de l'assurance est, par conséquent, une construction monolithique, le cadre juridique se montrant indifférent à la nature juridique de l'organisme assureur (sociétés d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance) et à l'objet d'assurance (santé, prévoyance, incendies-accidents-risques divers, etc.). Le traditionnel critère organique est mis de côté, afin que la concurrence puisse pleinement s'exprimer. » Aussi, le rôle de l'État n'est plus régulateur, mais cherche avant tout à sauvegarder les conditions de concurrence entre les acteurs sans protection directe des intérêts des adhérents, si ce n'est la garantie de marges de solvabilité des OCAM (cf. *infra* ; Lewalle, 2006).

Ces directives ont été transposées en droit français en 2001. De longues discussions furent entamées entre la Mutualité française (FNMF), le gouvernement et le Parlement européen afin d'essayer de faire reconnaître et de conserver les spécificités mutualistes françaises (Siney-Lange, 2018). Dans la mesure où l'exclusion de la mutualité aurait eu pour effet l'impossibilité pour elle de poursuivre une activité d'assurance, le gouvernement a inclus la Mutualité dans les directives assurance, sur proposition de la FNMF (Boned et *al.*, 2018). Selon un Administrateur et de mutuelle ouvrière et ancien Président de Livre III, la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), fondée en 1902 par la branche libérale de la mutualité, aurait également vu une opportunité dans l'harmonisation de l'assurance à l'échelon européen, pensant pouvoir se développer en-dehors des frontières nationales (Benoît et Coron, 2019).

Le 16 décembre 1999, la Cour de Justice de l'Union Européenne (ancienne Cour de Justice des Communautés Européennes) condamne la France pour manquement à ses obligations en regard du droit communautaire européen⁴ : « Ainsi, la France a été condamnée pour manquement à ses obligations issues du Traité car « en ne prenant pas les dispositions législatives, réglementaires et administratives nécessaires pour se conformer de manière complète à la directive 92/49 et à la directive 92/96, et notamment en ne transposant pas lesdites directives pour ce qui concerne les mutuelles régies par le Code de la mutualité, la République française a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu desdites directives ». Aussi, les directives troisième génération ont été transposées aux mutuelles par l'ordonnance 2001-350 du 19 avril

⁴ CJCE, 16 décembre 1999, Commission c/République française, aff. C-239/98, Rec. p. I-8935

2001 relative au Code de la mutualité. Il en résulte que le droit de la libre prestation de services du droit des assurances constitue l'unique référence communautaire dans le domaine de la protection sociale complémentaire. » (Kessler et Lhernould, 2004, p.51-69) Les directions ont donc enjoint le gouvernement français à prendre les mesures nécessaires pour cesser les « avantages fiscaux » accordés notamment à la mutualité, tout en autorisant une taxation différenciée pour les organisations non-lucratives. (Lewalle, 2006).

Pour autant, en remplaçant le droit français, le droit européen a imposé une définition restrictive de la non-lucrativité, qui ne correspond pas à la définition de cette valeur fondatrice pour la mutualité. Le Directeur général d'une Union mutualiste Livre III décrit parfaitement ces engagements dès la fondation de la première œuvre sociale, du premier centre dentaire en 1971 : « Évidemment, ça a été un combat. La principale avancée, c'est que non seulement on s'engageait à faire des tarifs très bas, puisque le but n'était pas de gagner de l'argent. Le but était d'être non-lucratif, il était uniquement de soigner les gens et de pouvoir leur donner l'accès aux soins, notamment aux adhérents, et surtout avec la pratique du tiers payant. C'est ça qui a complètement révolutionné. » (Directeur 2, Annexe 2.2) Si la législation française ainsi que le Code de la mutualité définit la non-lucrativité comme l'absence de partage des bénéfices entre les membres ainsi que l'absence de rémunération d'actionnaires, le droit européen impose une définition de la non-lucrativité comme celle d'un service dispensé de manière désintéressée, c'est-à-dire gratuit (Boned et al., 2018 ; Carini-Belloni, 2022). Pourtant, comme ces auteurs le rappellent, les œuvres sociales mutualistes, dès leur création, répondent au besoin de soin des adhérents mutualistes, qui participent au financement de ces structures en contrepartie de leur cotisation. Or « les services de la mutualité n'étant pas gratuits, puisque délivrés en contrepartie d'une cotisation, celle-ci était désormais exclue du champ réglementaire de la non-lucrativité alors même qu'aucun profit n'était reversé entre ses membres » (Carini-Belloni, 2022, p. 30).

Dès lors, cette non-reconnaissance d'un des piliers de l'éthique mutualiste ne permet pas à ces structures de défendre la spécificité de leur organisation. Ces effets sont jusqu'à aujourd'hui sujets de frustrations parmi certains élus et salariés de la mutualité (Président 3, Annexe 2.5), et peuvent entraver les perspectives de développement des structures mutualistes. En effet, les structures mutualistes n'ont statutairement pas la capacité de financer de nouveaux investissements par une levée de capital sur les marchés financiers, mais doivent avoir recours à l'emprunt, contrairement aux sociétés d'assurances. En droit français, cette différence était compensée par la reconnaissance du caractère non-lucratif des mutuelles et par l'exonération

fiscale de leurs excédents d'activité. Ces derniers pouvaient ainsi être accumulés sous forme de fonds propres et réinvestis, notamment dans la création de services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM). Or la redéfinition de la non-lucrativité à l'échelon européen ne permet plus cette compensation, entravant grandement les perspectives de développement des organismes mutualistes face à leurs concurrents lucratifs (Boned et *al.*, 2018, p.54).

Si elle ne reconnaît pas la spécificité mutualiste, la directive met également la mutualité sur un pied d'égalité à la fois réglementaire et concurrentiel avec les structures privées lucratives (assureurs privés lucratifs, institutions de prévoyance). Les structures doivent ainsi se soumettre aux mêmes contraintes prudentielles et comptables, et sont soumises à un régime fiscal harmonisé. L'assimilation des mutuelles aux entreprises d'assurances a progressivement causé la fiscalisation de leurs activités depuis 2002. Cette assimilation ne reconnaissant pas le statut non-lucratif, elle marque la suppression des « avantages fiscaux » initialement accordés à la mutualité à l'initiative de la Commission européenne. Par exemple, en 2011, les avantages fiscaux prévus dans le cadre des contrats solidaires et responsables sont supprimés. Par ailleurs, elles connaissent une hausse importante de la fiscalité sur l'activité de complémentaire santé, avec des taxes spécifiques telles que la taxe de solidarité additionnelle (TSA) ou encore la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) (Boned et *al.*, 2018). Depuis 2002, ces évolutions ont provoqué une hausse significative du poids de la fiscalité dans les cotisations, augmentant les tarifs des cotisations des adhérents : « Sur la question de la complémentaire santé, quand je leur explique qu'il n'y a plus de 25 ans, on payait 1,75 de taxes et que les taxes ont pris une augmentation de plus de 770 % en 25 ans, et qu'on est passé, s'ils nous mettent les 2 % de taxes supplémentaires, à 16 % de taxes sur les complémentaires santé, et que ça pèse du coup sur la cotisation des mutualistes, et bien même ça [certains élus] n'arrivent pas à le comprendre. » (Président 3, Annexe 2.5) Un effet majeur de cette directive européenne a donc été l'harmonisation des régimes fiscaux sur les structures exerçant une activité d'assurance, entraînant la taxation des mutuelles jusque-là exemptées de ces taxes.

Afin de transposer cette directive de 1992 en droit français, le Code de la mutualité a connu une réforme structurante en 2001. En effet, la mutualité exerçait historiquement plusieurs registres d'activités, allant de la protection sociale à la revendication, en passant par une offre de soins. Pourtant cette diversité d'activités est vue par le droit européen comme un avantage

déloyal dans la concurrence face aux structures d'assurance. Dès lors, la directive enjoint les structures à séparer dans la gestion les missions assurantielles des activités sanitaires et sociales, afin d'égaliser les conditions de concurrence entre les différents opérateurs (Carini-Belloni, 2022). En outre de l'harmonisation des conditions d'exercice entre les acteurs déjà en place, cette mesure a facilité l'arrivée de nouveaux acteurs concurrents sur le marché, notamment les bancassureurs (OEMM, perspectives 2025). C'est pour répondre à la directive que le Code de la mutualité a été réformé en 2001 : « Pour éviter que les mutuelles n'aient à se séparer de leurs œuvres sociales, la FNMF propose de réécrire le Code de la Mutualité en dissociant formellement les activités assurantielles et les œuvres – mais en ménageant la possibilité de créer une structure faîtière chapeautant l'ensemble. » (Benoît et Coron, 2019) Jusque-là, les activités d'offre de soins étaient régies par les Livres 1 et 4 du Code de la mutualité, qui disposaient :

- Article L.123-1 : « Les mutuelles peuvent constituer, entre elles, des unions qui ont notamment pour objet de créer des établissements et services mentionnés à l'article L. 411-1 du présent code [...]. »
- Article L.411-1 : « les mutuelles peuvent créer des établissements ou services à caractère sanitaire, médico-social, social ou culturel [...]. »
- Article L.411-2 : « Les établissements et services mentionnés à l'article L. 411-1 n'ont pas de personnalité juridique distincte de celle de la mutuelle fondatrice. Les opérations de chacun d'eux doivent faire l'objet d'un budget et de comptes séparés. »⁵

Cette réforme du Code de la mutualité le sépare en cinq livres, répartis de la manière suivante :

- Le Livre I expose les règles générales applicables à toutes les organisations mutualistes ;
- Le Livre II expose les règles applicables aux mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation ;
- Le Livre III regroupe toutes les dispositions applicables à la gestion des activités sanitaires et sociales ;
- Le Livre IV traite des relations avec l'État et les autres collectivités publiques ;
- Le Livre V traite du contrôle des mutuelles, unions et fédérations ;
- Le Livre VI est relatif aux dispositions d'application.

⁵ Depuis : Légifrance, Code de la mutualité en vigueur avant 2001

Cette séparation entre les activités d'assurance et d'offre de soins a eu plusieurs effets sur la gestion des mutuelles et des unions quand elles étaient déjà créées. D'abord, elle acte l'effacement d'une des spécificités principales de la mutualité, qui est la gestion en direct des adhérents à la fois de l'activité d'assurance et les activités sanitaires et sociales. Ensuite, elle a un impact financier sur la gestion des structures d'activité sanitaires et sociales qui est ressenti jusqu'à aujourd'hui. Les structures les plus touchées ont été les mutuelles qui géraient en propre une offre de soins, contraintes de créer une structure de Livre II ou de Livre III pour poursuivre l'activité d'offre de soins. Le Président d'une mutuelle ayant été contrainte de créer une mutuelle dédiée, dont la gouvernance est composée entièrement des adhérents d'une seule mutuelle, pour continuer à gérer une activité sanitaire et sociale s'en souvient :

« Cette séparation entre les deux structures ont fait que l'implication des adhérents de la mutuelle est moins importante aujourd'hui dans les structures sanitaires et sociales par rapport à ce qu'elle pouvait l'être auparavant. Les adhérents de la complémentaire santé savaient qu'à travers leur cotisation ils œuvraient à la création d'œuvres sanitaires et sociales, et donc ils savaient qu'ils pouvaient en bénéficier. C'était leur création, donc tout naturellement ils fréquentaient les centres dentaires comme les centres optiques. [...] Dans chacune des mutuelles, la séparation des deux [activités] a fait ce mal aujourd'hui sur la structure. C'est ce qui était ce qui était voulu de toute façon, on le sait. » (Président 3, Annexe 2.5).

Le Code de la mutualité prévoit la possibilité pour une mutuelle dédiée d'être dirigée par une gouvernance dont les membres sont identiques à ceux de la fondatrice (mettre nom de l'article). Pourtant, pour de nombreuses structures, notamment pour les mutuelles ayant déjà avant la directive fait le choix de cloisonner les activités sanitaires et sociales par la création d'une union dédiée, l'implication des adhérents de la mutuelle dans l'union est moindre. En quelque sorte, il est possible de constater que la directive est venue amoindrir un des principes fondateur de la mutualité, qui est l'auto-organisation par et pour les adhérents : « La réglementation a fait en sorte de nous fragiliser en nous séparant et en créant des réglementations de plus en plus importantes pour nous fragiliser, et faire en sorte qu'on ne tienne plus le rôle qu'on doit tenir auprès des assurés sociaux. » (Président 3, Annexe 2.5) L'implication des adhérents de la mutuelle dans l'activité sanitaire et sociale tend à diminuer au profit d'un principe de spécialisation de l'activité, c'est-à-dire d'exclusivité de l'activité d'assurance (Boned et al., 2018).

La transposition des directives européennes a profondément fragilisé la gestion économique et financière des organismes relevant du Livre III, compromettant par ailleurs leurs équilibres économiques. Le Directeur 2, ayant dans son parcours été à la fois Directeur d'une mutuelle de Livre II et d'une Union de Livre III connaît parfaitement cet effet, qu'il décrit comme une « crise du Livre III » : « jusqu'en 2000 ou 2002, jusqu'à la parution des directives assurantielles au niveau de l'Union européenne, il n'y avait pas de séparation entre Livre II et Livre III. On était une mutuelle et on pouvait gérer soit du Livre II soit du Livre III, ou les deux. [...] l'activité était gérée par les mêmes personnes, par la même structure, que soit du Livre II ou du Livre III. S'il y avait une activité déséquilibrée, notamment le dentaire pour ne pas se le cacher, ce n'était pas grave parce qu'il y avait une autre jambe, qui était la complémentaire santé, qui permettait d'équilibrer. Puis au début des années 2000, avec cette directive assurentielle, l'Union européenne a dit : « La santé, c'est un marché d'assurance comme n'importe quel autre (assurance, habitation, etc.). C'est le marché de l'assurance santé. » Et donc il faut l'ouvrir à d'autres entreprises, à d'autres acteurs que les structures mutualistes. Ils l'ont dit sous la pression bien sûr des assureurs et des institutions de prévoyance, parce qu'il n'y avait aucun intérêt, ça marchait très bien notre système, comme c'était. Et donc ils ont dit « par contre vous les mutuelles, celles qui gèrent du Livre III, vous me sortez ça et vous créez une structure dédiée, parce que ça n'a aucun rapport et que du coup ça va fausser la concurrence entre les acteurs ». C'est à partir de ce moment-là que la scission s'est faite, je dirais. Les Livres III ont été impactés par l'impossibilité pour les mutuelles de pouvoir financer des déficits des activités de Livre III. » (Directeur 2, Annexe 2.2)

L'entretien permet d'analyser que la loi permettait avec une grande souplesse les transferts financiers entre les mutuelles de santé, de prévoyance ou de retraite d'une part, et les mutuelles ou unions gérant de l'offre de soins d'autre part. À la suite des directives, les seuls liens financiers autorisés entre une union et les mutuelles qui la composent sont les suivants :

- Les cotisations statutaires, dont le tarif est fixé par les statuts de l'Union ;
- Les prêts d'espèce de gré à gré, à condition qu'ils ne constituent pas un soutien abusif ;
- Les titres subordonnés, c'est-à-dire un apport en fonds propres, qui peuvent être à durée déterminée ou à durée indéterminée.

Selon le même Directeur, les effets économiques de cette directive se font toujours ressentir dans la gestion à la fois de la mutuelle et de l'union créant des activités sanitaires et sociales : « Ça a été le premier impact, et le plus gros d'ailleurs, et [...] énormément de structures de

Livre III ne s'en sont jamais remises. Certaines complémentaires santé ont continué d'essayer de financer, elles le pouvaient, mais si elles le faisaient (certaines le font encore), si elles financent des activités de santé, ça veut dire qu'il faut augmenter les cotisations des adhérents et si elles augmentent les cotisations des adhérents, elles ne sont plus concurrentielles, et elles vont perdre des adhérents à cause de la concurrence, etc. Et donc c'est la spirale infernale dans laquelle on s'est retrouvé, c'est-à-dire : tiraillés entre la nécessité de financer des Livres III, qui étaient déficitaires, mais qui rendaient un service indéniable. [...] Celles qui ont continué de financer se sont mises en difficulté, et celles qui ne l'ont pas fait, c'est les Livres III qui ont été en difficulté extrême. » (Directeur 2, Annexe 2.2)

c) 2009 : Solvabilité 2, mise en application en 2016

Le processus de création d'un marché unique de l'assurance européen est formalisé en 2009, à travers la directive européenne dite « Solvabilité II ». Mise en application au 1er janvier 2016, la directive harmonise les exigences réglementaires vis-à-vis des entreprises d'assurance, auxquelles sont assimilées les mutuelles (cf. supra), et renforce les exigences en matière de fonds propres des organismes de complémentaire santé (Siney-Lange, 2018). Marquée par la crise financière de 2008, Solvabilité II permet aux institutions européennes d'exiger de ces entreprises des marges de solvabilité financière afin de faire la preuve qu'elles ne présentent pas de risques en situation de crise économique. Elle les oblige également à formaliser leur exposition aux risques non-financiers, et met en œuvre des effets de seuil, qui favorisent les regroupements entre les acteurs minoritaires dans le secteur de la complémentaire santé. Pour cela, la directive s'appuie sur trois piliers principaux : d'abord un pilier d'exigences quantitatives. Ce pilier prévoit que les entreprises d'assurance doivent provisionner les risques liés à leurs activités. Concrètement, il impose des ratios de solvabilité, la modélisation d'une pyramide des âges pour modéliser les « risques » liés aux contrats souscrits, ou impose aux organisations de réaliser des placements sur les marchés financiers (Ben Dhabis, 2012). Ces différentes actions doivent être contrôlées et formalisées dans différents rapports, tels que le rapport d'évaluation interne des risques et de la solvabilité (*Own Risk and Solvency Assessment, ou ORSA*). Ce rapport réalise une prévision de scénarios de risques, permettant d'évaluer si la mutuelle pourrait continuer d'exercer ses activités face aux risques identifiés. La réalisation d'un tel rapport implique la création de comités spécialisés au sein des gouvernances des mutuelles, tels que le Comité d'audit et des risques (Boned, 2010 ; Annexe 4).

Un deuxième pilier d'exigences qualitatives prévoit que les entreprises d'assurances doivent faire la preuve permanente de leur bonne gestion et de l'efficacité des contrôles mis en place en interne. Deux exigences principales peuvent être décrites dans les exigences qualitatives. D'abord, la « règle des quatre yeux », qui impose la présence dans chaque organisation d'un dirigeant effectif (la Présidence) et un dirigeant opérationnel (la Direction générale). Ensuite, la mise en place de quatre fonctions clés : gestion des risques, conformité, audit interne et actuariat (Annexe 4). Ces exigences concernant la gouvernance des structures « alourdissent les coûts de gestion des plus petites structures » (OEMM, 2016, p.11). La gestion des risques entérine la mise en place d'un contrôle interne contre les risques notamment de fraude et de blanchiment d'argent. La fonction de conformité assure la conformité à la fois juridique et légale de la structure. La fonction d'audit interne a pour mission d'établir un plan d'audit interne, et d'évaluer le processus de contrôle interne. Cette fonction a également un rôle d'alerte à l'autorité compétente (cf. supra). Enfin, la fonction d'actuariat concerne le calcul statistique des risques.

Enfin le troisième pilier de la directive dite « Solvabilité II » concerne les processus de communication d'informations à destination des autorités de contrôle et des publics. La finalité de ce pilier est d'harmoniser à l'échelle européenne les informations disponibles sur chaque organisme. Selon Kergunteuil (Annexe 4), la production d'une information rationalisée répond avant tout à un axiome néolibéral de la concurrence libre, permise par une information homogène permettant une bonne rationalité des individus. Ce dernier pilier soutient donc la création de divers rapports sur les normes respectées, des rapports RSE, ou encore sur les obligations de reporting extra-financier (ACPR, Solvabilité II, s. d.).

Le respect et l'application de l'ensemble de ces normes est contrôlé par un organisme du champ assurantiel rattaché à la Banque de France : l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Cet organisme de contrôle est issu de la fusion de la Commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance (CCMIP) et de l'Autorité de contrôle des assurances (ACA), témoignant de l'assimilation des mutuelles au champ d'assurance, et met par ailleurs sur un pied d'égalité les acteurs de la complémentaire santé (mutuelle, prévoyance, privé lucratif) et les acteurs banquiers (banques de dépôt et d'investissement). L'ACPR est dotée depuis 2013 de pouvoirs sanction. L'évolution de cet organe de contrôle ainsi que la mise en place progressive entre 1993 et 2013 de dispositifs de contrôle internes favorisent un tournant vers une gestion par les processus et non par les entités juridiques (OEMM, 2016). La directive

Solvabilité II et son contrôle par l'ACPR sont un facteur important d'homogénéisation des pratiques de gestion des organismes mutualistes entre eux et avec les entreprises lucratives constituant le « marché de l'assurance » (*ibid.*).

Solvabilité II est l'illustration du processus néolibéral de finançiarisation de la complémentaire santé en France par son intégration au niveau européen. Derrière Solvabilité II, plusieurs axiomes sont au cœur du processus de finançiarisation des activités des mutuelles. D'abord, l'idée que les risques sont modélisables : pour cela, il suffit d'harmoniser le fonctionnement des acteurs et de les rendre interchangeables. Ensuite, le pilier III, qui prévoit la communication au public d'informations techniques, sous-tend que l'information pure et parfaite limite les risques. Les consommateurs choisirraient les meilleurs assureurs (les moins chers et les moins risqués), et les entreprises d'assurance convergeraient autour de mode de gestion similaires, ce qui faciliterait leur contrôle. Dans leur ensemble, ces réglementations poussent à une réorganisation des structures mutualistes entre elles, contraintes de se rapprocher sur les activités de gestion, dont l'organisation à l'échelle d'une seule structure demande des coûts de gestion trop importants. Cela favorise « un pilotage, non plus par entité, mais par processus. » (OEMM, 2016, p. 12) Dès lors, la pression à la fois économique et organisationnelle induite par la directive, conjuguée aux autres réglementations précédentes et l'organisation du champ de l'assurance en marché concurrentiel est un facteur fort de concentration des acteurs mutualistes, déjà amorcé dès les années 1985 par la mise en concurrence des acteurs lucratifs et non-lucratifs : « La tendance est à la fusion en Mutualité, puisqu'avant le code en 2002, il y avait 7000 mutuelles, et qu'il doit en rester 400. La réglementation est passée par là et les mutuelles ont beaucoup moins de latitude dans leur gestion qu'avant, elles sont beaucoup plus contraintes. » (Président 1, Annexe 2.3). La logique concurrentielle pousse les structures à se regrouper, pour tendre vers des économies d'échelles et pouvoir disposer de services administratifs mutualisés.

Aussi, la transposition en droit français de la réglementation européenne renforce l'harmonisation des acteurs non seulement sur des enjeux de gestion mais de gouvernance (Boned et al., 2018) : « Point de vue complémentaire santé, c'est sûr : les contraintes réglementaires de l'ACPR sont terribles. Qu'on gère une complémentaire santé qui a 1000 personnes couvertes ou qu'on gère une banque qui fait 3 milliards de chiffre d'affaires ou 20 milliards, c'est pareil, ce sont quasiment les mêmes obligations, alors à des échelles différentes, mais enfin quand même. Ça a dégoûté, et ça dégoûte toujours les militants qui gèrent les

complémentaires santé. Ils ont je ne sais combien, je crois 14 ou 15 rapports par an à rendre. Le côté bénévole est très très difficile à maintenir sur la partie complémentaire santé. » (Directeur 1, Annexe 2.1) Plusieurs gestionnaires de Livre II décrivent alors un phénomène de professionnalisation des élus mutualistes intervenant sur le Livre II, nécessitant des cycles de formation réguliers des élus ainsi qu'une spécialisation de leurs fonctions. Les sections suivantes explorent comment ces mesures sont en outre accompagnées de mesures combinées de généralisation de la complémentaire et d'harmonisation des garanties de santé proposées par les complémentaires, diminuant encore la marge de manœuvre des organismes de Livre II en harmonisant l'offre en complémentaire santé.

2. La généralisation de la complémentaire santé

Les dynamiques de libéralisation de la santé et de la complémentaire santé se traduisent notamment par un processus d'harmonisation des réglementations applicables aux organismes d'assurance, dans lequel la mutualité a été progressivement intégrée. Cette standardisation vise avant tout à instaurer les conditions d'une libre concurrence entre acteurs, dans le cadre d'un marché unifié. Toutefois, elle demeure en partie artificielle, dans la mesure où des distinctions et spécificités propres à chaque type d'organisation subsistent. D'un point de vue éthique et politique, la volonté de généralisation de la couverture complémentaire en santé, portée par les pouvoirs publics, fait écho aux principes et finalités des mutuelles. Pourtant, les mesures visant à cette généralisation sont à l'origine d'une remise en cause du modèle mutualiste. Ainsi cette section s'efforcera de comprendre comment la généralisation de la complémentaire santé, si elle vise *a priori* à améliorer la couverture des assurés sociaux, s'inscrit également dans la continuité des politiques visant à réduire la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) au détriment de l'AMC : « Le niveau de couverture public peut au contraire être plus faible dans les systèmes mixtes, où coexistent assurances publiques et complémentaires privées. Ainsi, la Sécurité sociale française ne rembourse que 3 % des dépenses optiques ou 30 % des dépenses dentaires, non pas parce que le régulateur considère que c'est le bon niveau de couverture mais plutôt parce qu'elle a choisi de compter sur l'assurance privée pour couvrir ce type de soins afin de ne pas trop alourdir les prélèvements obligatoires. » (HCSP, 2018, p.20) Cette section étudiera également comment cette généralisation de l'AMC a contribué à une segmentation des populations, continuant à accroître la pression concurrentielle sur les organisations non-lucratives mutualistes.

Le processus de généralisation de la complémentaire santé est entamé à la fin des années 1980 et se poursuit jusque dans les années 2000 à travers diverses mesures : la loi Evin de 1989 qui encadre les contrats collectifs de complémentaire santé à destination des salariés du secteur privé, la loi Madelin de 1994 qui généralise un système de couverture complémentaire aux indépendants, la création de la CMU et de la CMU-C en 1999 ainsi que l'ACS en 2005 (toutes trois fusionnées dans l'actuelle C2S) pour les personnes précaires n'ayant pas accès à la complémentaire santé, ou encore la création de l'Aide Médicale d'État (AME) en 2000 à destination des personnes en situation irrégulière sur le territoire français (Annexe 4). Ces différentes mesures contribuent en cela à la structuration du secteur de l'AMC en vue d'un retrait croissant de la Sécurité sociale : « Celle-ci a vu sa part dans la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) passer de 80 % en 1980 à 77 % en 1990 et 75,5 % en 2010. En contrepartie, la part de l'Assurance maladie complémentaire (AMC) dans le financement de la CSBM est passée de 5,3 % en 1980 à 13,5 % » (Abecassis et al., 2017, p. 14). Cependant, ces différentes mesures ne contribuent que marginalement à la réduction des inégalités d'accès à la complémentaire santé : dans la mesure où elles s'appuient sur le fonctionnement actuel du marché du travail, segmenté entre les salariés d'entreprises privées, les indépendants, les retraités, et les personnes au chômage, la généralisation de l'AMC reproduit les inégalités conséquentes de la structuration du marché du travail dans l'accès à la protection sociale (*ibid.*).

Dans cette visée, cette section s'intéressera particulièrement à l'introduction au 1er janvier 2016 de l'accord national interprofessionnel (ANI) signé le 11 janvier 2013 entre le MEDEF, la CFDT, la CFTC et la CGC. L'ANI introduit une obligation pour les entreprises de proposer à leurs salariés un contrat de complémentaire santé collective, dont le tarif est négocié par chaque entreprise, et impose également à tout salarié du secteur privé de souscrire au contrat d'entreprise, sous certaines réserves. Celui-ci inclut notamment la prise en charge du ticket modérateur, c'est-à-dire la part des soins non remboursée par la Sécurité sociale, comme les consultations ou les médicaments, du forfait hospitalier, ainsi qu'une couverture des frais dentaires et optiques dans la limite d'un plafond défini. Selon ces auteurs, avec cet accord « la situation du patient par rapport à l'emploi surdétermine désormais à la fois les conditions d'accès à l'AMC mais aussi le niveau de la couverture. » (Da Silva, 2022, p.8) Un extrait du procès-verbal d'une réunion de Conseil d'administration d'une structure de Livre III, datant du 16 mai 2013, appréhende ces difficultés à venir :

« Si cette loi a le maigre avantage de forcer quelques entreprises à prendre leurs responsabilités, il n'en est pas moins vrai qu'elle apporte des inconvénients majeurs dont les médias parlent beaucoup moins. En réalité, cette loi est un vrai désastre social : faveurs faites aux grands groupes industriels, aux instituts de prévoyance et aux assurances... C'est la mise en danger des petites mutuelles qui existent encore et qui sont seules garantes de démocratie et de gestion de proximité. Le risque est grand de voir naître de nouveaux regroupements, avec les conséquences que nous connaissons : sélection de la couverture sociale par l'emploi, sélection du niveau de couverture par des contrats collectifs favorisant les cadres et les gros salaires » (Procès-verbal du Conseil d'administration du 16 mai 2013 d'une Union de Livre III d'origine syndicale).

Les effets de cet accord, caractérisé par un déplacement des contrats individuels vers des contrats collectifs, sont particulièrement importants pour les structures mutualistes d'origine syndicale. En effet, ces mutuelles, parfois constituées à l'échelle d'une ou plusieurs entreprises industrielles d'un territoire, ont ainsi un fort lien historique avec ces entreprises. La « guerre des prix » (Siney-Lange, 2018, p. 20) instaurée par l'accord créé de fortes situations de concurrence entre les acteurs historiques de la complémentaire santé et les assureurs privés lucratifs nouvellement arrivés sur le champ de l'AMC. Cette situation est fortement délétère pour les structures de proximité, n'ayant pas les mêmes leviers financiers pour remporter les appels d'offres de ces contrats de groupe. Par exemple, la Mutuelle Entrain n'a pas remporté en 2024 l'appel d'offre pour une couverture de groupe des actifs cheminots. La Mutuelle Entrain est une mutuelle professionnelle, c'est-à-dire une mutuelle intervenant dans une seule entreprise, ici en protégeant les salariés et retraités cheminots. Selon mon expérience en alternance, la mutuelle a ainsi perdu la couverture des actifs cheminots, soit environ 25 % de ses adhérents en l'espace de six mois environ, elle ne compte plus parmi ses adhérents que des retraités, rendant impossible la maîtrise du prix des cotisations par solidarité intergénérationnelle.

L'ANI de 2013 ainsi que les autres mesures contribuant à une généralisation de la complémentaire santé ont pour effet un processus de segmentation de la couverture par l'AMC. Tout comme le principe fondateur de la Sécurité sociale repose sur une mutualisation des risques de populations très diverses à l'échelle nationale, ce même principe est repris par les mutuelles de complémentaire santé, qui fonctionnent elles aussi sur la logique de répartition et de solidarité entre adhérents. Si ce mécanisme permet de maintenir une solidarité entre assurés,

l'arrivée progressive d'assureurs à finalité lucrative bouleverse ces équilibres : « Cette non-reconnaissance de la spécificité mutualiste, et la mise sur un pied d'égalité réglementaire des organisations non-lucratives avec les organisations lucratives est particulièrement délétère pour le fonctionnement des mutualistes. En effet, l'identité solidaire de la mutualité constitue un désavantage concurrentiel par rapport aux assureurs privés qui pratiquent une sélection du « mauvais risque », c'est-à-dire le risque coûteux : « le vieux principe de solidarité égalitaire « à cotisation égale, prestation égale » apparaît comme un carcan pour l'essor de la mutualité et ne fait que peu de poids face aux contrats de groupe offerts par les compagnies d'assurance » (Siney-Lange, 2018, p. 332). C'est ainsi que plusieurs mutuelles ont une surreprésentation de personnes âgées parmi leurs adhérents, comparativement à leurs homologues lucratifs, les contraignant à augmenter le montant moyen de leurs cotisations. Cela a pour effet de diminuer encore davantage la « capacité concurrentielle » des structures non-lucratives (*ibid.*). L'effet combiné d'une tarification par la sélection du risque et la généralisation de la complémentaire santé contribuent ainsi à une segmentation des populations, continuant à accroître la pression concurrentielle sur les organisations non-lucratives mutualistes. Moins organisées et moins concurrentielles que les institutions de prévoyance ou les acteurs lucratifs de l'assurance, les mutuelles ont donc connu un mouvement renforcé de regroupement.

3. L'harmonisation de l'offre des complémentaires santé : vers une banalisation des structures mutualistes de Livre II et de Livre III

Si la section précédente a particulièrement interrogé le processus de généralisation, c'est-à-dire d'extension progressive de la couverture complémentaire à l'ensemble de la population, notamment via l'ANI de 2013, cette section s'intéressera particulièrement au processus concomitant de standardisation, c'est-à-dire d'uniformisation, des garanties proposées par les organismes complémentaires et *in fine* des organismes eux-mêmes. Il concourt à un désengagement de l'Assurance maladie obligatoire et d'un transfert des dépenses vers les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). En cela, il peut être interprété comme un transfert de la solvabilisation des dépenses de santé, et traduit une restructuration de la place de l'Assurance maladie : si elle tend à se recentrer sur un socle de prestations de base, les complémentaires semblent assurer une part croissante des dépenses. Cette section s'intéressera à la manière dont l'uniformisation des garanties des OCAM concourt à une augmentation de la concurrence ainsi qu'à la banalisation de l'identité mutualiste, dynamique se faisant ressentir sur le Livre II ainsi que sur le Livre III, à travers deux exemples : la

généralisation des plateformes de conventionnement à travers la loi Le Roux en 2014 et la mise en place du dispositif 100 % santé en 2019.

L'ANI de 2013 (cf. supra) s'inscrit dans la poursuite d'un effort de généralisation de la complémentaire santé. Dans le même temps, il contribue à la standardisation des garanties des OCAM en encourageant le développement des plateformes de conventionnement, comme le révèle un directeur de Livre III : « les complémentaires santé devaient présenter, dans le cas de l'ANI, un réseau de soins pour les adhérents de la branche dont ils espéraient obtenir le contrat. C'était quasiment une obligation pour répondre à certains appels d'offres, ou appels d'offres de branches ou autres. » (Directeur 2, Annexe 2.2)

Les réseaux de soins, ou « plateformes de conventionnement sélectif » (Abecassis et Coutinet, 2020) fonctionnent sur la base d'une contractualisation entre les fournisseurs de biens et de services médicaux et un ou plusieurs OCAM, afin de réguler les prix des biens et services médicaux peu pris en charge par la Sécurité sociale sur des activités telles que l'optique, l'audition ou le dentaire, tout en posant des critères de qualité. Elles peuvent aussi avoir une fonction de plateforme de mutualisation de certains services (comme la gestion et le recouvrement du tiers-payant), et sont indépendantes d'un point de vue juridique, sous formes de Société Anonyme (SA) ou de Société par Actions Simplifiée (SAS).

La loi n°2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé, dite loi Le Roux (du nom du député socialiste Bruno Le Roux) a eu pour effet principal de modifier le cadre des réseaux de soins gérés par les organismes complémentaire de l'Assurance maladie (OCAM). En effet, les organismes de complémentaire santé régis par le Code de la mutualité n'avaient pas la possibilité de pratiquer des remboursements différenciés. La loi Le Roux a ainsi mis à pied d'égalité les organisations mutualistes et les assureurs et institutions de prévoyance en permettant aux organisations mutualistes de différencier les niveaux de remboursement de leurs adhérents selon le praticien consulté, membre ou non du réseau de santé (Abecassis et Coutinet, 2020). La création de plateformes de conventionnement par les organismes mutualistes résulte notamment du déremboursement progressif de l'assurance maladie, notamment sur le secteur dentaire, posant la question du reste à charge des assurés sociaux. Afin de réguler les coûts des soins, les

mutuelles ont pu créer des systèmes de conventionnement avec les professionnels de santé, limitant ainsi le renoncement aux soins de leurs adhérents (OEMM, 2021). C'est en ce sens que Abecassis et Coutinet (2020) analysent le développement des plateformes de conventionnement comme une « réponse de ces organismes à la défaillance de la régulation publique ».

Cette loi a eu plusieurs effets sur le fonctionnement du système de santé : en incitant les professionnels de santé à intégrer les réseaux, elle leur a également imposé des normes tarifaires et de qualité des soins, notamment au sujet de la qualification des équipes (OEMM, 2021). Si le recours à des réseaux de soins contribue à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins, elle porte cependant le risque de continuer à segmenter l'accès aux soins entre les adhérents couverts par un réseau de soin et ceux qui ne peuvent en bénéficier. De leur côté, les organismes de complémentaire santé sont fortement incités à investir dans ces réseaux de soins pour rester concurrentiels, voir contraints par l'ANI de 2013 à présenter un réseau de soins dans le cadre des réponses aux appels d'offres des contrats collectifs (cf. supra : Directeur 2, Annexe 2.2). Enfin, les Livre III gérant des activités sanitaires sont également incités à conventionner leurs centres afin d'être référencés pour la base de clients de ces plateformes.

Dans cette continuité, la réforme du reste à charge 0 (RAC-0), ou 100 % santé, a été mise en place entre 2019 et 2021 (Abecassis et Coutinet, 2020). La réforme du 100 % santé répond avant tout à un objectif de maîtrise du reste à charge des assurés sociaux et de prévention du renoncement aux soins. Certaines dépenses comme les soins dentaires sont particulièrement peu remboursées par l'AMO : « Ainsi, si dans l'ensemble, les ménages supportent, en 2016, 8,3 % de la dépense de santé totale, il reste à leur charge 22,7 % de la dépense en dentaire et 21,5 % de celle en optique, deux postes où le reste à charge est particulièrement élevé au regard de la dépense engagée. » (Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2018, p.36) La réforme du RAC-0 vise à fournir des biens et soins médicaux en optique, dentaire (cf. Annexe 5) et en audioprothèse sans reste à charge, et traduit à la fois une reprise en main de l'État sur la régulation tarifaire de ces soins tout comme une institutionnalisation des OCAM comme des acteurs centraux de l'assurance santé (Abecassis et Coutinet, 2020).

Cette réforme a plusieurs effets sur les acteurs mutualistes. Tout d'abord, un impact économique important, à la fois sur le Livre II et III. Dans la mesure où les OCAM financent la plus grande partie des soins concernés par le RAC-0, son développement affecte le « montant

total des prestations couvertes et, par ricochet, le montant des cotisations » (FNMF, s. d.) ; OEMM, 2021). Un Directeur note également une normalisation de l'offre entre les OCAM : « Il y a la mise en place du 100 % santé, qui fait qu'il n'y a plus de différence dans l'offre des mutuelles. » (Directeur 2, Annexe 2.2)

Enfin, sur le Livre III, un Directeur explique que spécifiquement sur l'activité dentaire, présentant des charges d'exploitation fortes (cf. infra), l'encadrement des prix constraint les équilibres économiques : « Le 100 % santé a un impact économique très fort, parce qu'il a plafonné le prix des prothèses. Les prothèses dentaires [...] les plus rémunératrices : la couronne céramo-métallique, le stellite, et un certain nombre d'appareils de prothèses, ont vu leur prix plafonnés et donc baissés de 20 %. Et vous vous rappelez qu'en plus, sur le coût des prothèses, nous, on a augmenté la rémunération de nos chirurgiens-dentistes, donc on s'est trouvé dans un effet ciseau économiquement, qui altère vraiment durablement notre économie. » (Directeur 1, Annexe 2.1) S'il reconnaît l'avantage de cette mesure du point de vue de l'assuré social, il regrette les conséquences de ces mesures sur les structures mutualistes de Livre II et de Livre III : « C'est une question de société, c'est une question des choix qu'on veut et c'est la question aussi de l'hypocrisie des politiques publiques : c'est bien on fait le 100 % santé, ça veut dire quoi ? Ça veut dire qu'en fait, il n'y a plus de travail en France et qu'on va faire une prothèse à l'étranger. Donc ça, c'est un vrai problème. » (Directeur 1, Annexe 2.1)

Ainsi, « La plupart des dispositifs laissaient une large part de responsabilité aux OCAM : le soin d'élargir la couverture santé complémentaire à des populations plus larges (ANI), d'améliorer le rapport coût/qualité des soins (PCS) et de fournir un remboursement minimum (contrats responsables) » (Abecassis, Coutinet, 2020, p. 83) Comme le développement ces auteurs, les dispositifs de réglementation des OCAM sont ainsi complémentaires. Un raisonnement similaire peut être appliqué aux évolutions récentes du secteur de la complémentaire santé. Le secteur de la complémentaire santé a ainsi connu trois dynamiques majeures, que sont la mise en concurrence des différents OCAM, combinée à la généralisation de la protection complémentaire, ainsi que la standardisation des modèles de gouvernance et des modèles opérationnels des OCAM. Ces trois dynamiques de relèvent pas de prérogatives différentes mais d'un mouvement visant à institutionnaliser le secteur de la complémentaire santé en réponse à un désengagement de la prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance maladie obligatoire. Ce mouvement contribue grandement à mettre en tension les

structures mutualistes historiques, dans le sens de la poursuite de leur objet fondateur. Il poursuit ainsi le mouvement de banalisation des structures mutualistes et de diminution du nombre des acteurs de la complémentaire santé (ANEM, 2016 ; Abecassis et Coutinet, 2020). Enfin, ce mouvement interroge comment la concurrence marchande peut parfois mener les structures à adopter un comportement proche de leurs concurrentes, au sens de l'isomorphisme institutionnel, défini comme la tendance à l'homogénéisation des organisations œuvrant dans un même champ (DiMaggio et Powell, 1983) : « il est normal que les mutuelles les plus concurrencées adoptent un comportement assez proche de celui des sociétés d'assurance, tandis que les mutuelles fermées (mutuelles professionnelles au sens large et mutuelles d'entreprise) restent proches du modèle mutualiste initial » (Bidet, 2003, s. p.).

B) Comprendre l'extension en cours de la financiarisation au secteur de l'offre de soins et ses impacts sur les organismes mutualistes

La partie précédente a analysé l'incompatibilité entre la logique de création d'un marché concurrentiel de la complémentaire santé et le modèle historique des mutuelles, ainsi que ses effets sur les organismes de Livre III : « La réglementation qui pèse sur les Livres II, l'inclusion du Code de la mutualité dans le Code des assurances, d'une part, avec tout le fardeau réglementaire, mais également la taxation des contrats santé, la mise en concurrence systématique, font qu'aujourd'hui, elles sont centrées sur leurs problématiques à elles et ne peuvent pas dégager de marge pour créer et supporter de nouvelles créations de centres. » (Président 1, Annexe 2.3). Cette partie examine plus particulièrement comment la gestion des Livres III a été complexifiée et fragilisée par la financiarisation du secteur de la santé. La raréfaction des financements publics, la financiarisation et la marchandisation de la santé seront illustrées par l'analyse du secteur des soins dentaires. La présente section analyse donc l'évolution spécifique des SSAM, gérés par les acteurs du Livre III, et montre que la libéralisation et la marchandisation de la santé suivent une trajectoire similaire à celle observée dans la complémentaire santé depuis les années 1980 : libéralisation, mise en concurrence, arrivée d'acteurs privés et logique de rentabilité à court terme.

La première section décrit la spécificité de la prise en charge des soins dentaires au sein des centres de santé mutualistes, et comment leurs caractéristiques impliquent la présence de charges d'exploitation importantes, nécessitant des investissements privés et favorisant la concentration des acteurs. La seconde section analyse les prémisses d'une financiarisation, facilitée par le cadre réglementaire et par la standardisation du marché, qui accroît la pression

concurrentielle sur les SSAM (OEMM, 2021). Enfin, la troisième section examine la réponse des pouvoirs publics aux effets de la financiarisation, à travers des mesures réglementaires qui, si elles visent à encadrer l'activité, restreignent également la marge de manœuvre et d'innovation propre aux mutuelles.

1. Déterminants structurels des tensions dans la gestion d'une activité ambulatoire par les Unions de Livre III

« En définitive, ce qui nous manque aujourd’hui, et pourtant, on a entamé cette démarche, mais elle n'est pas réussie, c'est de transformer cette activité pour qu'elle devienne plus rentable⁶ [...]. Là, on se retrouve un peu démuni dans le pilotage de cette activité : démuni d'un point de vue éthique et démuni d'un point de vue pratique. » (Directeur 1, Annexe 2.1)

Les soins dentaires relèvent du champ sanitaire, c'est-à-dire qu'ils sont assimilés à des activités médicales et paramédicales. Ce sont des soins primaires, lesquels sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme ceux qui « constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. » Les mutuelles et unions mutualistes sont autorisées selon l'article L. 310-1 du Code de la mutualité à exercer « une action sociale ou créer et exploiter des établissements ou services, conduire des actions à caractère social, sanitaire, médico-social, sportif, funéraire ou culturel et réaliser des opérations de prévention ».

Les Unions ont donc créé des centres de santé, notamment en soins dentaires, c'est-à-dire l'ensemble des actes réalisés par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue, qui peuvent être des examens bucco-dentaires, qui ne nécessitent aucun acte technique. Les actes techniques quant à eux regroupent les soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie), des soins prothétiques (couronnes dentaires, bridge), des soins chirurgicaux (par exemple une extraction de dent), ou encore des soins d'orthopédie dento-faciale, c'est-à-dire d'orthodontie (IGAS et IGF, 2025). Selon Yeni et al. (2017), les soins dentaires sont déterminants dans la santé des

⁶ La rentabilité est comprise au sens que le rapport entre le revenu obtenu par l'activité et les ressources employées pour l'obtenir est nul ou positif.

patients, car ils concernent notamment des pathologies infectieuses, présentant des risques de complications.

Les centres de santé sont définis par l'article L. 6323-1 du Code de la santé publique comme « des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient ». Ils « sont créés et gérés soit par des organismes à but non-lucratif, soit par les départements, soit par les communes ou leurs groupements, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non-lucratif ou à but lucratif. » (article L. 6323-1-3, Code de la santé publique). Les centres de santé sont tenus de réaliser principalement des prestations remboursables par l'Assurance maladie. Lorsque c'est le cas, lorsque les actes facturés par les centres de santé sont remboursés par l'assurance maladie, ils « pratiquent le mécanisme du tiers payant [...] et ne facturent pas de dépassements des tarifs » (article L. 6323-1-7). Enfin, les professionnels exerçant dans les centres de santé sont salariés de la structure, contrairement aux maisons de santé regroupant des praticiens libéraux. Trois types de centres de santé sont définis par l'Assurance maladie : les centres de santé médicaux ou polyvalents, les centres infirmiers, et les centres dentaires (IGAS et IGF, 2025). En 2022, 38 % des centres de santé dispensaient des soins dentaires (IGAS, 2022).

Le secteur des centres dentaires est tout d'abord majoritairement constitué de cabinets libéraux : selon l'IGAS et l'IGF (2025), il existerait entre 17 000 et 25 000 cabinets libéraux, contre 1 266 centres de santé dentaire en 2023. Les gestionnaires des centres de santé dentaires quant à eux sont majoritairement des structures à finalité non-lucratrice, même si la non-lucrativité des structures est à nuancer du fait du développement de structures avec des montages financiers détournant une partie des revenus des structures vers des entreprises lucratives telles que des prestataires de services (IGAS et IGF, 2025). Parmi les 1266 centres dentaires en 2023, 64 % ont une forme associative, et (32 %) sont des centres mutualistes. Parmi eux, la Mutualité française (FNMF) est le premier réseau sanitaire, social et médico-social français à but non-lucratif : elle détient 2 400 établissements et services sur l'ensemble du territoire français, dont de nombreux centres de santé (Boned et *al.*, 2018), tandis que la Fédération des mutuelles de France (FMF) gère environ 280 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dont 106 centres polyvalents, dentaires, médicaux et infirmiers (FNMF, s. d.).

Une des principales difficultés des centres de santé s'exprime par une tendance au regroupement des structures et professionnels gérant une activité dentaire (IGAS et IGF, 2025). Cette concentration des acteurs est motivée par plusieurs éléments structurels et conjoncturels : une forte pénurie de professionnels de santé, particulièrement de chirurgiens-dentistes, et des besoins croissants d'investissements dans les activités, ainsi qu'une complexification de la gestion : « on est les derniers survivants. On est plus très nombreux. Je crois qu'on est 70, des Livres III en France, et dans les 70... Au sein des mutuelles de France, on est plus que 10 groupements. En général, si on est encore là, c'est qu'on a pris le virage de la gestion. » (Directeur 2, Annexe 2.2)

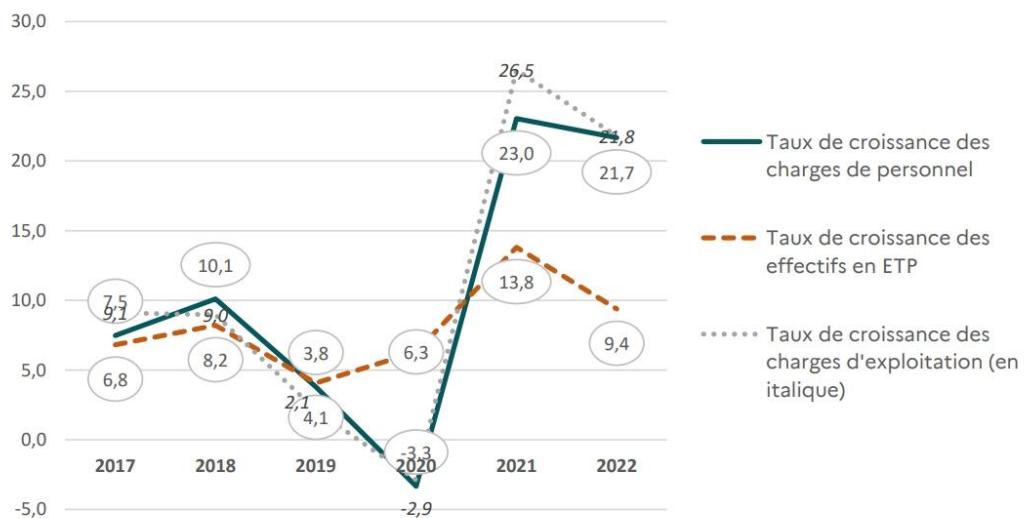
La pénurie de chirurgiens-dentistes pose d'abord des difficultés claires d'accès aux soins. En 2013, la densité de chirurgiens-dentistes a été estimée à 48 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants (DREES, 2016), et à 59 ETP pour 100 000 habitants en 2021 (DREES, 2021). La répartition des chirurgiens-dentistes est particulièrement inégalitaire sur le territoire, en faveur des zones urbaines : « l'accessibilité moyenne des 10 % de la population les moins bien dotés en chirurgiens-dentistes est de 15,3 ETP pour 100 000 habitants. Celle des 10 % les mieux dotés en chirurgiens-dentistes est de 111,0 ETP pour 100 000 habitants, soit une accessibilité 7,3 fois plus élevée » (DREES, 2021, s. p.). La difficulté d'accès aux praticiens combinée à un reste à charge élevé des sur les soins dentaires est à l'origine de taux importants de renoncement aux soins : 17 % des personnes âgées de 18 à 64 ans déclarent avoir renoncé à un soin dentaire pour des raisons financières. Dans 60 % des cas, il s'agissait d'un soin prothétique (HCSP, 2018). Le renoncement aux soins est encore plus important pour les personnes bénéficiant de la C2S, et pour les personnes n'ayant aucune couverture en complémentaire santé (Annexe 7). Ces soins sont pourtant déterminants pour la santé des patients (Azogui-Levy et Boy-Lefèvre, 2017) : « On peine à faire entendre quand même à la population et encore plus à notre gouvernement que les problématiques dentaires peuvent générer d'autres problématiques de santé. Le deuxième cas de mortalité en France, ce sont les soins dentaires, parce que ça engendre d'autres problématiques qui amènent des cas de mortalité. » (Président 3, Annexe 2.5)

Les effectifs de chirurgiens-dentistes sont restés relativement stables entre 2013 et 2023, avec une croissance de 111 % environ en dix ans (IGAS et IGF, 2025, depuis DREES, 2023). Pour autant, l'évolution de la démographie des chirurgiens-dentistes est la plus forte dans les modalités d'exercice collectives, comme les centres de santé, dont les effectifs ont augmenté de 124 % entre 2013 et 2023, tandis que les effectifs en cabinets individuels ont baissé de 33 %

sur la même période (*ibid.*). La pénurie de praticiens en odontologie est à la fois due au vieillissement de la profession dentaire, ainsi qu'à un nombre insuffisant de nouveaux diplômés en odontologie. « Le *numerus clausus*, il était vraiment dans cet état d'esprit de réduire les dépenses de santé. [...] On sait pertinemment qu'il n'y a pas la volonté qu'il y ait plus de praticiens. » (Président 3, Annexe 2.5) Pour les gestionnaires de centres de santé, la question de la pénurie de chirurgiens-dentistes est source de grandes difficultés dans les recrutements : « Aujourd'hui, les seuls qu'on arrive à récupérer de médecins, ils viennent de Roumanie, d'Espagne. Donc, c'est aussi une conséquence : on récupère des dentistes qui viennent d'autres pays et qui malheureusement ne soignent pas dans leur pays, alors ça peut poser aussi des problèmes dans les pays d'où ils viennent. » (Président 2, Annexe 2.4). Un directeur confirme cette difficulté : « ce qu'il faut, c'est vraiment de former des dentistes. La moitié des dentistes inscrits au Conseil de l'ordre en France en 2023 sont des diplômés étrangers. » (Directeur 2, Annexe 2.2).

Cette difficulté de recrutement des praticiens a de nombreux effets sur la gestion d'un Livre III. En effet, selon l'IGAS (2023), les charges d'exploitation des centres de santé pluriprofessionnels ont augmenté de 82 % entre 2016 et 2022, et 70 % de ces charges sont des dépenses liées à la rémunération des personnels au sens large. La hausse des dépenses sur les rémunérations, de l'ordre de +78 % sur la même période, est due de manière combinée à l'inflation et la raréfaction des professionnels de santé. Or, l'IGAS souligne que « La hausse récente des charges d'exploitation n'a pas été compensée par celle des financements, dont 80 % correspondait aux honoraires sans ou avec dépassement : en 2022 en particulier, le taux de croissance des recettes a été nettement inférieur à celui des charges, ce qui a entraîné une détérioration de la situation économique et financière des centres. » (IGAS, 2022, p. 5).

Graphique 1 : Taux de croissance annuel des charges de personnel et des effectifs en ETP annuels des centres de santé pluriprofessionnels hors ceux gérés par des collectivités territoriales (2017-2022)



Source : e-CDC ; calculs mission et pôle d'analyse des données de l'IGAS

Champ : CDS pluriprofessionnels (ayant ainsi fourni des données dans e-CDS et les ayant validées) hors ceux gérés par des collectivités territoriales et hors le CDS LIVI

Nota bene : les données de ce tableau doivent être interprétées avec précaution (données brutes déclarées)

Depuis : IGAS, 2023

Dès lors, malgré la filière dentaire des Livres III est fréquemment déficitaire et source de difficultés pour le maintien de l'équilibre de l'ensemble de la structure. Selon mon expérience d'alternance, pour certaines unions dont l'activité dentaire n'est pas équilibrée, c'est-à-dire que les charges d'exploitation sont plus importantes que les produits d'exploitations, elle est alors compensée par d'autres activités plus équilibrées, telles que l'optique.

Tableau 2 : Étude des charges et produits de la filière dentaire d'une Union de Livre III en 2023

	2023	Part en % dans le total des produits d'exploitation	Annotations du poste de dépense
Coût d'achat des marchandises	529 209 €	17 %	Consommables, prothèses
Achats non stockés mat.fourni	8 089 €	0 %	Fluides, fournitures
Services extérieurs	184 206 €	6 %	Surtout : entretien, assurances, loyers, charges, cotisations, frais de recrutement, intérim, publicité
Impôts & taxes	162 395 €	5 %	Impôts et taxes sur rémunérations
Masse salariale	1 814 368 €	57 %	
Intéressement	97 €	0 %	
Dotations aux amortissements & provisions	69 300 €	2 %	
Charges de gestion courante	62 883 €	2 %	Pertes sur créances irrécouvrables
Services centraux	255 365 €	8 %	
Services communs	101 339 €	3 %	
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION	3 187 250 €	100 %	
Prestations de services	2 657 932 €	92 %	
Production stockée	-1 565 €	0 %	
Subventions d'exploitation	136 850 €	5 %	
Produits de gestion courante	18 269 €	1 %	
Reprises sur amortissements & provisions	93 002 €	3 %	
TOTAL DES PRODUITS D'EXPLOITATION	2 904 487 €	100 %	
Produits financiers	7 128 €		
Charges financières	0 €		
Produits exceptionnels	925 €		
Charges exceptionnelles	0 €		
RÉSULTAT D'EXPLOITATION	-274 710 €		

Pour cette Union, le déficit structurel de l'activité dentaire, en 2023 et depuis une dizaine d'années, s'explique par un chiffre d'affaires moyen insuffisant pour atteindre l'équilibre budgétaire, ainsi qu'un taux de marge brute insuffisant pour couvrir les charges liées à l'activité, dont les déterminants principaux sont les salaires (57 % en 2023), le coût d'achat des marchandises (17 % en 2023), les frais des services centraux pour les postes de direction, de comptabilité, etc. (8 % en 2023), auxquels s'ajoutent les amortissements et les charges de

location. En effet, l'activité dentaire se caractérise par des besoins élevés en capital, en raison du coût important des plateaux techniques nécessaires à l'activité : « Le centre dentaire, c'est ce qu'il y a le plus cher : entre les fauteuils, les matériaux, et bien sûr, les professionnels de santé qu'on est obligés de mettre dedans. » (Président 2, Annexe 2.4)

Un autre directeur de Livre III fait le même constat : « Quand vous faites 100 € de chiffre d'affaires en dentaire et par exemple 100 € de chiffre d'affaires en optique ou en audition, la marge au coût variable n'a rien à voir. La marge au coût variable, c'est donc la différence entre le prix de vente de la prothèse dentaire ou le prix de vente de la monture d'optique par rapport à son coût de revient direct. En optique, le coût de revient variable, c'est l'achat de la monture ou l'achat des verres, point. Le reste, après, ce sont des coûts fixes. Et donc quand je fais 100 € de plus je gagne tout de suite 70 € de plus pour absorber mes frais fixes. En dentaire, quand je fais 100 € de plus : je rémunère mon praticien en coût variable chargé, je rémunère mon prothésiste et je rémunère les consommables : il ne peut pas travailler s'il n'a pas les gants, s'il n'a pas les serviettes, etc. Donc ça ce sont les coûts variables, qui font que sur 100 € de chiffre d'affaires en plus, à la fin, il va peut-être me rester 10 €, 15 € dans les meilleur des cas pour absorber tout le reste : l'amortissement du fauteuil, qui est énorme, le prix de l'assistante de la secrétaire, etc. Donc si on regarde le modèle économique, évidemment, il n'est pas rentable » (Directeur 1, Annexe 2.1)

Cette difficulté de gestion de l'activité est particulièrement décrite par un Directeur de Livre III, analysant une incompatibilité entre une gestion économique concurrentielle de marché, impliquant le suivi régulier d'indicateurs de gestion tels que la masse salariale, des pourcentages de marge et de charges, etc., avec la culture mutualiste telle qu'elle existait jusqu'alors (Président 1, Annexe 2.3) TRANSITION La section suivante analysera comment ces difficultés peuvent être renforcées par une évolution du cadre réglementaire encadrant les centres de santé.

2. Un encadrement réglementaire, budgétaire et administratif croissant, vers le développement de procédures de commande publique (2009-2022)

« Les associations des solidarités et de la santé se sont développées dans une forme de co-construction de l'action publique, les autorités reconnaissant de fait leur diversité comme un atout et l'intérêt de leur non-lucrativité comme une garantie. Ces dernières années, des changements majeurs dans la conduite des politiques publiques rejaillissent sur le secteur associatif, voulant le réduire à un rôle d'» opérateur », en développant la concurrence de manière non régulée avec des acteurs marchands à la recherche de rentabilité élevée. Ces évolutions mettent à mal à la fois le sens de l'action des associations, leur modèle socio-économique et leur ambition d'être un corps intermédiaire porteur d'un projet pour la société tout entière. Pourtant, les associations des solidarités sont particulièrement utiles pour permettre de résorber les fractures de la société française et faire reconnaître l'effectivité des droits de chacun. » (Goldberg, 2024, p. 21)

Daniel Goldberg, Président de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non-lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss), décrit la recomposition du rôle de l'État dans l'encadrement et le financement de la santé par ses politiques publiques, ainsi que ses effets sur les structures associatives. Selon lui, la transformation des politiques publiques répond avant tout à un contrôle accru des dépenses de santé (Lebaron, 2008), devant répondre à une « efficacité comptable » (Goldberg, 2024, p. 23). Cette partie s'efforcera alors de comprendre comment ce raisonnement peut être intégré sur le champ de la mutualité, et comment les évolutions réglementaires sur la période récente (2009-2024) sont venues mettre en difficulté les directions des Livres III. Si elles ont pu contribuer à l'émergence de nouveaux acteurs marchands dans le secteur de la santé (cf. supra), elles ont également pu remettre en cause les principes des organisations non-lucratives.

Cette partie étudiera principalement les étapes de régulation des centres de santé, en essayant de comprendre comment cette régulation peut aller dans le sens d'une financiarisation de l'économie, et en ce sens du secteur de la santé. L'Assurance maladie définit la financiarisation comme « le processus par lequel des acteurs financiers, non directement professionnels de santé, investissent dans des structures de soins avec comme finalité première de rémunérer le capital investi dans une logique de court terme » (2025, p. 147). La financiarisation, dont la finalité est avant tout l'amélioration de la rentabilité du capital, suppose d'un côté un encadrement réglementaire allant dans le sens d'une standardisation croissante de l'offre de

soins (citer les réformes), et de l'autre, une l'ouverture du champ à de nouveaux acteurs. C'est en cela que l'on identifiera une libéralisation des secteurs d'action des SSAM, sans pour autant constater un allègement réglementaire ni un retrait de l'État.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST ou Loi Bachelot, a créé les agences régionales de santé (ARS). Ces agences visent avant tout à « accroître l'efficience du système de santé » (ARS, s.d.), c'est-à-dire améliorer le niveau de performance du résultat obtenu en fonction des ressources monétaires consommées, dans une visée de rationalisation des dépenses de santé. Pour mettre en place cette tâche, les agences définissent un Schéma Régional de Santé (SRS) sur cinq ans, basé sur une évaluation des besoins du territoire qui établit les projections et cibles opérationnelles à atteindre, y compris pour le secteur sanitaire. Leur but est également de décentraliser et unifier le pilotage de la santé au niveau régional par le regroupement de plusieurs organismes de l'État et de l'Assurance maladie en charge des politiques de santé :

- Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH)
- Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)
- Les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)
- Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)
- Les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP)
- Les Missions Régionales de Santé (MRS)
- Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM)

La loi HPST et la création des agences régionales de santé semblent être révélatrices d'une recomposition des modalités d'intervention de l'État dans la régulation de la santé, d'une régulation centralisée vers son externalisation. C'est dans cette logique que Giodano, Le Goff et Malherbe analysent la rationalisation de l'action publique par la « nouvelle gestion publique » (new public management), et plus spécifiquement ses effets sur les organisations mutualistes (2015). Le new public management, répondant aux prérogatives de rationalisation de l'action publique, c'est-à-dire de réorganisation du financement et du fonctionnement des établissements en vue d'accroître leur efficacité, est caractérisé par quatre objectifs : « la quête d'efficacité, la réduction de taille du service public par externalisation, la recherche de l'excellence, la prise en compte des besoins de l'usager » (*ibid.*). Comme en théorie néoclassique, le marché joue le rôle de coordinateur principal entre les intérêts des différents acteurs sur les marchés (Lebaron, 2008), et où la régulation se fait essentiellement par le prix

(Giordano et al., 2015). Selon Giordano et al. (2015), cette dynamique fut fondée par la création en 1989 de l'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, future ANAES puis HAS1), en initiant l'évaluation de la qualité dans la pratique des soins. Cette dynamique serait affirmée par la création des ARS, lesquelles prévoient plusieurs modalités d'appels d'offres, avant tout dans le secteur hospitalier, puis en se généralisant dans le secteur de la santé (*ibid.*) : « Les aides extérieures et notamment publiques dont les groupements mutualistes du Livre III sont susceptibles de bénéficier sont de plus en plus conditionnées par l'inscription de leur action dans le cadre des orientations générales des politiques publiques conduites dans les régions et les territoires par les ARS et les collectivités territoriales » (IGAS, 2014, p. 53). Cette évolution renverse le paradigme historique, où les politiques publiques s'inspirent des solutions de terrain portées notamment par les acteurs de l'économie sociale et solidaire (Goldberg, 2008). Le rôle précurseur de la mutualité dans la construction du système sanitaire et social l'illustre : « Ainsi, la réforme « Hôpital, patients santé territoire » (HPST) de 2009 a-t-elle prévu un processus d'appels d'offres lancé par les agences régionales de santé (ARS) : alors que les groupements mutualistes étaient force de proposition, ce sont maintenant les autorités de tutelle qui sont à l'origine des programmes et qui sélectionnent les opérateurs chargés de leur mise en œuvre. Ce renversement implique un changement fondamental dans l'esprit de l'engagement mutualiste, au détriment de la dynamique d'innovation qui l'a longtemps caractérisé. » (Siney-Lange, 2018, p. 342-343).

Ainsi, la loi HPST de 2009 marque une recomposition du pilotage de la santé par le pouvoir public, en déconcentrant et centralisant la régulation par les agences régionales. Tout en facilitant bureaucratiquement l'ouverture de centres de santé pour plusieurs types de gestionnaires par un régime déclaratif simplifié, il entérine également une recomposition du contrôle des établissements, et institutionnalise des processus de commande public en direction des organisations mutualistes.

Dans la poursuite de la loi HPST, le nouvel accord national sur les centres de santé a été conclu le 8 juillet 2015, dans la volonté d'organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie. L'accord national reconnaît le rôle crucial des centres de santé dans l'offre de soins et institutionnalise leur fonctionnement par la transposition de financements jusque-là réservés au secteur libéral : le forfait Médecin traitant (5€/patient/an), le forfait pour les patients ALD (40€/patient/an), et la rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) (FNCS, 2016). Ces rémunérations forfaitaires sont réservées aux centres de santé conventionnés avec

les CPAM, en fonction du respect d'indicateurs de performance et de suivi, relatifs à l'accessibilité, l'organisation et la coordination des soins : « Afin d'accompagner les centres de santé et pour leur permettre de continuer à s'engager dans ce sens, un dispositif de rémunérations forfaitaires commun aux centres de santé est prévu pour valoriser l'atteinte d'objectifs définis par le présent accord, déclinés selon trois axes : l'accès aux soins, le travail en équipe et le développement des systèmes d'information. » (Accord national, 2015) Par exemple, ces critères concernent l'amplitude horaire d'ouverture du centre, devant être ouvert de 8h à 20h et le samedi matin. Ils concernent aussi les protocoles pluriprofessionnels mis en place, des indicateurs sur la diversification de l'offre de soins, ou encore concernant le système d'information l'utilisation de logiciels labellisés (FNCS, 2016). Cela se traduit également par l'augmentation des normes de qualité des pratiques professionnelles : « Les règlementations ARS, les accords de financement avec la CPAM, et le 100 % santé influencent l'évolution des métiers et des pratiques en introduisant de nombreux critères dans l'accueil patient, le dossier médical, la traçabilité et influencent l'activité des professionnels. » (OEMM, 2021, p.24) Si cet accord fixe un cadre objectif aux centres de santé, un rapport de l'IGAS de 2023 rapporte que « L'accord national des centres de santé, dans son architecture comme dans son contenu, s'avère particulièrement complexe à mettre en œuvre pour les gestionnaires. Un toilettage des indicateurs paraît nécessaire dans un objectif de simplification et de lisibilité » (IGAS, 2023, p. 113) Le même rapport précise que selon l'Assurance maladie « 10 % des centres pluriprofessionnels adhérents à l'accord national n'obtiennent aucune rémunération forfaitaire spécifique en 2022, établie en fonction d'un taux d'atteinte à une quarantaine d'indicateurs répartis dans 4 blocs thématiques, certains indicateurs étant prérequis à l'obtention de la rémunération ». (IGAS, 2023, p. 66)

La mise en place de la convention avec les caisses d'assurance maladie est ainsi un levier important de régulation des centres de santé par l'Assurance maladie, après la suppression de l'agrément obligatoire par la loi HPST en 2009. Ces deux mesures traduisent donc un double mouvement, pouvant d'abord être interprété comme une forme de décloisonnement (Bourguinat, 1992) puis de standardisation des pratiques des acteurs sur le champ décloisonné.

Selon Boned et *al.* (2018), la reconnaissance du statut des centres de santé et l'attribution de modalités de financement spécifiques sont concomitantes du contrôle de ces organisations : « Le financement soulève nécessairement des enjeux de contrôle. Les pouvoirs publics peuvent voir dans la pérennité des SSAM la garantie d'un service non seulement aux adhérents mais

également aux citoyens français dans leur ensemble. Aussi, l’Inspection générale des affaires sociales (Igas) préconise que le renforcement de la professionnalisation de la gestion et la mise en place d’un contrôle interne passe par l’institutionnalisation d’un système extérieur de surveillance et de prévention des risques. » (Boned et al., 2018, p. 53) En effet, en 2014, l’IGAS formule plusieurs recommandations dans le sens d’une uniformisation du contrôle des organisations de Livre III avec les dispositions relatives au Livre II (cf. supra) afin de disposer d’« indicateurs de gestion » et de « tableaux de bords » sous formes d’« agrégats » (p. 61), ainsi que de professionnaliser la gestion de ces organisations :

« En 2001, la transposition des directives d’assurance aux mutuelles a conduit à une séparation entre les mutuelles effectuant des opérations d’assurance et les mutuelles gestionnaires de réalisations sanitaires et sociales. Les unes désormais régies par le Livre II du Code de la mutualité, les autres par un Livre III ; les premières soumises à des règles précises de solvabilité mobilisant des fonds propres importants, les secondes s’inscrivant dans un cadre juridique allégé. Le dispositif juridique actuel ne permet pas d’assurer une structuration juridique suffisante et des conditions de gestion garantissant la viabilité des groupements du Livre III. Cette situation, qui a pu être un temps mésestimée, conduit aujourd’hui à rebâtir un cadre institutionnel destiné à favoriser l’équilibre des activités et à offrir, aux mutuelles gestionnaires, des outils destinés à développer la maîtrise des risques et le contrôle interne. » (IGAS, 2014, p. 4) Plusieurs recommandations sont alors formulées :

- Recommandation n°2 : « Rendre obligatoire pour les unions et les mutuelles relevant du Livre III les plus importantes un contrôle interne. » (p. 60)
- Recommandation n°3 : « Rendre obligatoire la mise en place de comités d’audit dans les mutuelles du Livre III les plus importantes et la participation à un dispositif d’analyse des comptes. » (p. 60)
- Recommandation n°4 : « Compléter par la mise en place d’outils de gestion des services gérés l’objet social des mutuelles du Livre III. » (p. 61)
- Recommandation n°5 : « Utiliser l’expertise des réseaux métier à l’appui d’une démarche transversale d’amélioration de la gestion et de la qualité. » (p. 61)
- Recommandation n°6 : « Mettre en place des instances de gestion pour les établissements de santé les plus importants (titre suivant : la FNMF peut assumer un pilotage national des risques pour les mutuelles adhérentes). » (p. 62)

Après une phase d'allègement administratif du processus d'ouverture des centres de santé, la création des ARS par la loi HPST se traduit par un pouvoir croissant des ARS dans leurs relations avec les gestionnaires du Livre III (Siney-Lange, 2018), fortement ressenti par la Directrice d'une Mutuelle dédiée de Livre III : « Les relations avec l'ARS c'était vraiment dès qu'il y avait création d'un centre de santé ou modification du programme de santé. Puisque quand on ouvre un centre il faut fournir le programme de santé, avec les horaires d'ouverture, les praticiens qu'on peut avoir, les choses comme ça. C'était les documents qu'on devait leur fournir quand on ouvrait un centre : c'était surtout de présenter les plans pour savoir si ça correspondait bien aux normes qu'il fallait avoir pour le passage des patients, le passage du matériel à désinfecter et des choses comme ça. C'était vraiment les seules relations qu'il pouvait y avoir avec l'ARS. Aujourd'hui, elles deviennent de plus en plus importantes. Je le compare souvent avec la complémentaire santé, où à un moment donné, le ministère nous a mis l'ACPR pour dire « je ne traiterai pas le sujet de la complémentaire santé, c'est l'ACPR qui va le traiter ». En 2022-2023, le gouvernement a fait la même chose en mettant plus de pouvoir à l'ARS sur les centres de santé. [...] Aujourd'hui, même sur les questions de recrutement d'un chirurgien-dentiste, avant l'ARS n'avait pas du tout connaissance de nos recrutements. C'était essentiellement le Conseil de l'ordre auprès de qui on se tournait pour la validation de nos praticiens étrangers, quand ils venaient en France. Aujourd'hui, on se retrouve dans la situation où même l'ARS on doit leur transmettre tous les documents nécessaires au recrutement de nos dentistes. » (Directrice 3, Annexe 2.5)

En outre de la création des ARS, la loi HPST a supprimé l'agrément obligatoire à l'ouverture des centres de santé, remplacé par un régime déclaratif. Selon un Directeur d'Union mutualiste, la dérégulation de la création des centres de santé, allant initialement dans le sens de la facilitation de création des centres de santé, piliers de l'accès aux soins, a également occasionné l'arrivée sur le champ de la santé d'acteurs cherchant une rentabilité court terme en santé : « Ça a permis qu'ils se créent à peu près comme ils le veulent, sous forme associative, mutualiste ou communale. [...] Ça a été une opportunité pour beaucoup de margoulins de créer des centres de santé, dentaires ou ophtalmologiques, et ainsi empocher des aides et déliter quelque chose de très, très important, qui était que : le modèle des centres de santé a une vocation d'accès aux soins, et pour ça, il faut qu'ils se financent. Là, ils ont inversé le paradigme en disant : « le but c'est de gagner de l'argent, et le moyen c'est de parler de santé ». » (Directeur 1, Annexe 2.1) L'allègement de la régulation sur l'ouverture des centres de santé a pu favoriser l'apparition de situations irrégulières : « Il y a eu les scandales de Dentexia, etc. et plein d'autres, Nobel care

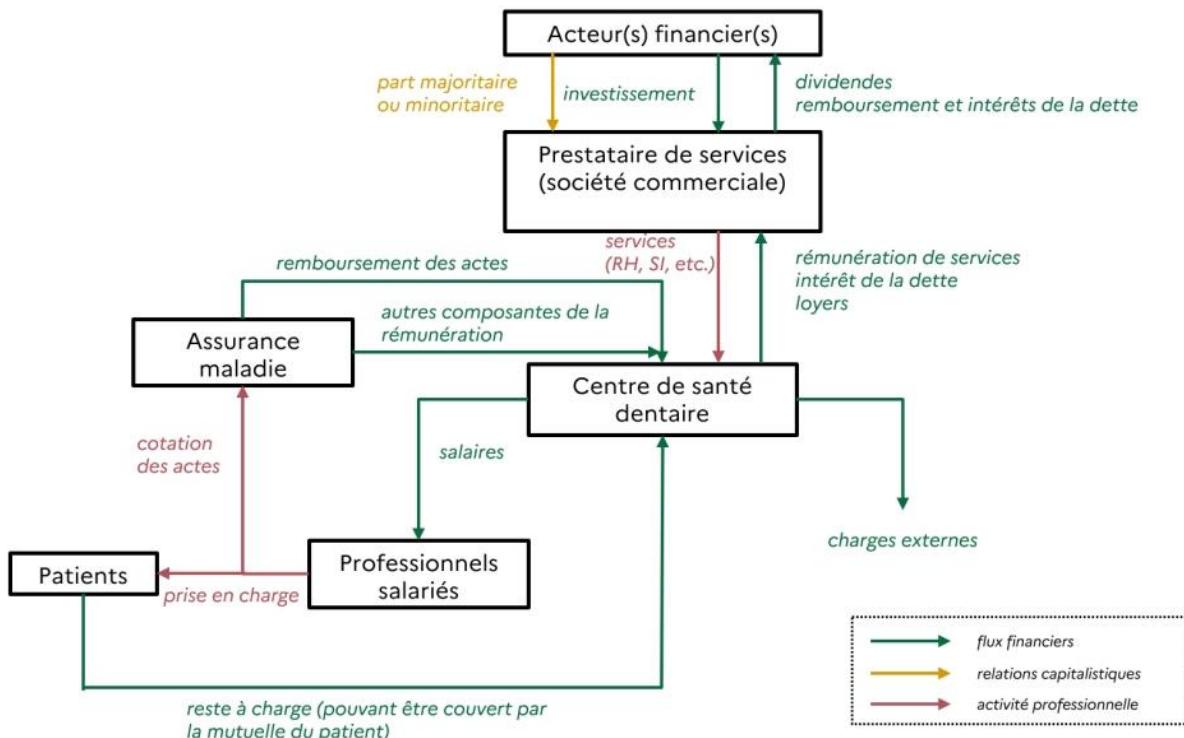
et d'autres et d'autres et d'autres. » (*ibid.*) En Europe, l'Assurance maladie estime qu'entre 2017 et 2019 90 % des 30 plus grands groupes de soins dentaires seraient détenus par des fonds d'investissement (Assurance Maladie, 2025, p.162).

Le rapport de l'IGAS et l'IGF de 2025 étudie la financerisation de la santé, notamment sur l'activité dentaire, comme le résultat de la combinaison de plusieurs facteurs. Tout d'abord, l'attrait de rendements sur capitaux investis élevés dans certaines activités, encourageant une logique de rentabilité court terme sur une activité de santé, qui est renforcée et accompagnée par le cadre réglementaire, économique et socio-démographique du secteur concerné (IGAS et IGF, 2025). De nouveaux acteurs seraient donc entrés sur le secteur de santé dentaire avec pour objectif de constituer des rentes économiques sur certains soins dentaires, définis comme « les situations dans lesquelles on observe un écart anormalement élevé entre la tarification d'une activité de soins et le coût moyen de réalisation de cette activité » (Assurance maladie, 2025, p. 147). Ces nouveaux acteurs sont alors attirés par certains soins dentaires rentables, tels que l'implantologie (Annexe 2.2), et proposent un service « *low cost* », c'est-à-dire à bas coût, (OEMM, 2021), en optimisant leur modèle de gestion de sorte à proposer des tarifs bas tout en maintenant une marge importante : « En réponse à ces besoins de soins non satisfaits, des acteurs *low-cost* apparaissent sur le secteur audio-optique et dentaire. [...] Du côté des soins dentaires, dont le taux de renoncement concerne 17 % de la population française, les soins proposés dans des cabinets dentaires *low-costs* affichent des tarifs compétitifs qui sont notamment le résultat d'une organisation du parcours de soins optimisée (augmentation du nombre d'assistants dentaires, maîtrise des coûts sur les prothèses dentaires...). » (OEMM, 2021, p.13)

La constitution de rentes sur des activités de soin pousse à la constitution de situations de rente économique et à des stratégies d'optimisation financière (Assurance maladie, 2025). L'optimisation financière est définie comme « l'ensemble des pratiques mises en place par un offre de soins pour maximiser le rendement économique de l'activité exercée et pouvant directement ou indirectement nuire à l'accès, la pertinence et la qualité des soins ». Ces acteurs développent ainsi des « outils financiers » (Assurance maladie, 2025) visant à augmenter la performance lucrative des centres de santé. Si les centres de santé sont juridiquement contraints d'exercer leur activité de manière non-lucrative, plusieurs structures ont recours à des montages juridiques, faisant intervenir des sociétés commerciales ou immobilières. Les montages juridiques peuvent viser à dissocier l'activité de soin de la propriété matérielle des murs des

locaux ou des équipements médicaux qui s'y trouvent. Dès lors, une partie des revenus issus de l'activité de soins sont redirigés vers la rémunération d'un loyer à une autre entité sous statut commercial lucratif (IGAS, IGF, 2025). Ils peuvent également viser à constituer une société commerciale dispensant des services (comptabilité, recouvrement du tiers-payant, etc.) avec un intérêt lucratif au centre de santé. Ces montages sont résumés dans le graphique suivant :

Graphique 2 : Schéma-type utilisé par les acteurs financiers pour investir dans les centres de santé dentaires



Source : IGAS, IGF, 2025.

Ces acteurs développent également plusieurs types de pratiques d'optimisation financière, telles que « la focalisation sur des actes rentables, la sélection des patients, la réduction de la qualité des soins ou du matériel utilisé, le développement de l'offre de soins dans des zones attractives, l'optimisation de la facturation, pouvant aller jusqu'à l'adoption de pratiques frauduleuses, ou encore la recherche agressive de productivité » (Assurance maladie, 2025, p. 148). L'IGAS, l'IGF (2025), ainsi que l'Assurance maladie (2025) ont montré que ces pratiques ont des effets négatifs sur la qualité des soins dispensés dans ces centres.

Par ailleurs, certains offreurs de soins se concentrent sur les secteurs rentables et délaissent les autres secteurs non rentables, tels que la pédodontie (Annexe 2.2), c'est-à-dire l'ensemble des

soins à destination des enfants. C'est un phénomène que plusieurs directions de Livre III décrivent (cf. supra). Ainsi, l'arrivée de nouveaux acteurs lucratifs est également source d'une forme de segmentation dans la prise en charge des publics. Les centres de santé, en principe accessibles à l'ensemble de la population (article L. 6323-1 du Code de la santé publique), tendent à se concentrer sur l'accueil de publics précaires, voire très précaires, qui ne peuvent se soigner ailleurs, soit en raison du coût des soins, soit parce qu'ils se voient refuser une prise en charge.

Si cela est conforme aux valeurs en engagements mutualistes, cela peut toutefois tendre la gestion économique de l'activité dentaire, comme le révèle le Président d'un Livre III. « si on veut développer de nouvelles réponses, on a besoin d'avoir des gens qui ont des moyens. [...] Dans nos centres, on a les radios panoramiques. On a pu les financer parce qu'on a justement une diversité de population, et ça nous a permis d'avoir un peu d'argent. Maintenant c'est généralisé dans tous nos centres et c'est en train de se généraliser de partout. » (Annexe 2.4) En l'absence de subvention d'investissement ou de capacité du Livre II à financer ces nouvelles activités, ce Président décrit la nécessité pour la structure de constituer elle-même des situations de rentes, pour financer son activité et de nouveaux investissements au profit des usagers du centre. L'importance des fonds à allouer dans l'investissement dans de nouvelles technologies et activités, combinée à une faiblesse des soutiens publics, modifie les modalités de gestion des activités de soins dentaires par les structures de Livre III.

En outre, du fait de la pénurie de professionnels de santé et de la forte demande de patientèle en soins dentaires, l'ouverture facilitée de centres de santé aurait été la source d'une « dérive marchande » (Sénat, 2024) de certains centres, ainsi que d'une ouverture à la concurrence : « La loi HPST en créant, en ouvrant la porte aux centres de santé dérégulés, a créé beaucoup de mal, parce qu'elle a tendu cette offre. Et nous, il nous a fallu augmenter la rémunération des chirurgiens-dentistes. Ça, pour vous donner un exemple sur les prothèses par exemple, parce qu'il y a deux parties de rémunération, je pense que vous le savez, il y a une partie sur les soins et une partie sur les prothèses, on les a augmentés de 5 points. 5 points, c'est 20 %. Bon, vous gardez ce chiffre en tête et vous vous imaginez bien : ça coûte 500 000 € par an pour nous, juste cela en année pleine. Cette augmentation de 5 points, c'est à peu près le montant de notre déficit aujourd'hui en dentaire. » (Directeur 1, Annexe 1.1) Selon plusieurs directeurs d'unions mutualistes, la pénurie de chirurgiens-dentistes est telle que la concurrence entre structures

pratiquant une offre de soins dentaires ne concerne pas la captation de la patientèle mais le recrutement des professionnels de santé, en créant un système inflationniste sur la rémunération des praticiens. Une Directrice de Livre III décrit ce phénomène comme une « marchandisation de l'humain » (Annexe 2.5).

Face à ces logiques de financiarisation des services de santé dentaires, des rapports tendent à montrer que « le modèle même des centres de santé qui fait face à une forme de dévoiement, le caractère non-lucratif des centres étant détourné au sein de certains réseaux intégrés par des mécanismes de captation de la valeur » (Assurance maladie, 2025, p. 160).

Ainsi, la loi HPST de 2009 marque une recomposition du pilotage de la santé par le pouvoir public, en déconcentrant et centralisant la régulation par les agences régionales. Tout en facilitant bureaucratiquement l'ouverture de centres de santé pour plusieurs types de gestionnaires par un régime déclaratif simplifié, elle entérine également une recomposition du contrôle des établissements, et institutionnalise des processus de commande public en direction des organisations mutualistes.

3. Régulation des centres de santé : diminution de la marge de manœuvre sur la gestion des activités et diminution de la capacité d'innovation des Livres III (2022-2024)

La suite de cette section explorera de quelle manière l'encadrement des centres de santé à partir de 2022, s'il répond à l'effet médiatiques des scandales causés par des mouvements de financiarisation des centres de santé dentaires, continue à contraindre la marge de manœuvre et d'innovation des structures mutualistes. Fortement favorisé en 2009 par la loi HPST et par les rémunérations forfaitaires accordées en 2015 par l'accord national, le développement des centres de santé est freiné dès 2022. La loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 renverse le principe de « conventionnement d'office » introduit par la loi HPST en 2009, et créé un cadre financier moins favorable pour les centres non conventionnés par l'accord national sur les centres de santé datant de 2015. Par exemple, la subvention dite Teulade n'est maintenue que pour les centres conventionnés. Elle prévoit que « Les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé conventionnés [...] une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres [...] pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des

sections 1 et 2 du présent chapitre. » (L. 162-32-2, Code de la sécurité sociale) Pareillement, en l'avenant n°4 à l'accord national de 2015 définit une procédure accélérée de déconventionnement en cas de fraude avérée, c'est-à-dire en cas de facturation d'actes non réalisés par exemple.

Ces deux mesures préparent la loi n°2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, dite « loi Khattabi », à la suite de plusieurs scandales médiatisés de fraudes au sein de centres de santé, y compris sur des activités dentaires. La loi Khattabi réintroduit donc la procédure d'agrément pour ouvrir un centre de santé dentaire ou ophtalmologique. Le nombre d'ouvertures annuelles de centres de santé a ainsi fortement diminué en 2023 par rapport à 2022 (-15 %) et en 2024 par rapport à 2023 (-30 %) (Assurance maladie, 2025, p. 167). Pour un Directeur de Livre III, les effets de cette loi sont venus alourdir la gestion des activités dentaires, y compris pour les structures non-lucratives de petite taille, ne disposant pas de moyens temporels, humains et financiers importants pour remplir de nouvelles contraintes réglementaires : « la loi Khattabi, [...] a tenté de contrebalancer les excès de ces centres dentaires *low-cost* en mettant encore une fois un fardeau réglementaire sur les gestionnaires du Livre III, sans pour autant répondre au fond du problème. On se retrouve à remplir des tableaux, à faire de la paperasse toute la journée et à être stigmatisé par ailleurs, donc ce n'est pas forcément quelque chose qui facilite le développement de nos affaires. Cette loi alourdit des menaces de déconventionnement de nos centres, en permanence. » (Directeur 1, Annexe 2.1)

De la même manière, une directrice de Mutuelle de Livre III se souvient de la nécessité de renouveler les agréments auprès des ARS a mis en difficulté plusieurs structures : « Il y a des structures qui n'ont pas souhaité refaire toute la documentation et qui ont préféré fermer, parce que trop intense. Il fallait du temps pour faire tout ça. Donc certaines structures ont préféré les fermer. » (Directrice 3, Annexe 2.5)

Dans cette continuité, la loi n°2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite « Valletoux », précise la loi Khattabi et ajoute la nécessité de fournir une déclaration de tous les liens d'intérêts des membres dirigeants des organismes, ainsi que de fournir les contrats liant la structure avec les sociétés tierces. Par exemple, une Directrice se souvient avoir dû fournir le contrat avec la société en charge de collecter les Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI), ou encore le contrat conclu avec le prothésiste dentaire, lequel n'est cependant pas obligatoire : « C'est un

tarif qui est défini entre le prothésiste et la structure. On définit un tarif, mais il n'y a aucun contrat qui est contractuel entre la structure. » (Directrice 3, Annexe 2.5)

Selon la même directrice, le dépôt de ces contrats a permis de révéler de fortes différences dans les niveaux d'exigence attendus par l'agence d'une région à l'autre : « Il m'a dit qu'il faudra fournir un contrat, ce que je n'ai pas fait : je n'en ai pas. Ni le prothésiste, ni moi-même, nous n'avions envie de faire un contrat, parce qu'il faut passer devant un juriste. On ne peut pas écrire un contrat comme ça, sur un bout de feuille... Je me rappellerai, parce qu'il nous a refusé un vendredi soir à 17h00 l'agrément provisoire, parce qu'on n'avait pas tous les contrats. Alors que vous voyez, dans l'Union [d'un autre territoire, le Directeur] a fourni les factures de ses DASRI et les traçabilités du transporteur, et tout est passé. Voilà, c'est deux poids deux mesures, ça dépend des ARS. » (*ibid.*)

Enfin, en 2024, l'avenant n°5 à l'accord national introduit une procédure de régulation du conventionnement pour les centres de santé en zones non prioritaires, à compter du 1er janvier 2025 : « Aucun conventionnement ne peut être accordé pour des nouveaux centres de santé dentaire dans ces zones et pour les centres de santé en fonctionnement avec activité dentaire le nombre de chirurgiens-dentistes salariés ne peut pas augmenter. » (Assurance maladie, 2025, p. 167)

Pourtant, selon plusieurs gestionnaires de Livres III, si les mesures visent à juste titre à encadrer les « dérives lucratives » ayant accompagné la multiplication du modèle de centre de santé, elles ne font cependant pas la différence entre les gestionnaires de ces centres : « On a du mal à s'entendre dans la réalité de ce que nous sommes historiquement et que vous le savez, par rapport à des interlocuteurs, qu'ils soient administratifs ou politiques, qui ne font pas la part des choses, parce que pour eux, le problème c'est les centres de santé. » (Directeur 1, Annexe 2.1)

En outre, le rapport de l'IGAS et de l'IGF (2025) rapporte que l'augmentation des réglementations sur les centres de santé intervenues entre 2022 et 2023 contribuent fortement à rendre flous les montages juridiques et financiers de ces centres : « les secteurs qui ont mis en place les barrières juridiques les plus strictes à l'entrée d'investisseurs en capital (c'est en particulier le cas pour les centres de santé, notamment dentaires, qui sont statutairement des structures à but non-lucratif), loin d'atteindre leur but de protection de l'indépendance des professionnels de santé, n'ont fait que susciter des contournements, facteurs d'opacité et de

dérives » (IGAS et IGF, 2025, p. 2). Ainsi, l'interdiction d'ouverture au capital n'aurait pas eu pour conséquence d'empêcher la financiarisation du secteur, mais l'aurait déplacée dans des espaces moins visibles.

« aujourd'hui, on est dans une situation [...] de concurrence complètement déloyale entre les libéraux et les centres de santé. La collectivité, le gouvernement, les politiques, les régions, l'Europe ; tous sont prêts à verser des sommes d'argent aux médecins libéraux qui viennent s'installer dans leur territoire, que ce soit à travers les maisons de santé, ou par l'ouverture d'un cabinet médical. Ils déversent des sommes incroyables. D'ailleurs, [le Président d'un Livre II] le dit régulièrement : « un praticien, il vient visser sa plaque contre le mur, on lui fait un chèque de 50 000 €. Trois ans plus tard, il dévisse sa plaque, il la met 5 à 10 km plus loin, on lui reverse encore 50 000 €. Nous, structure de santé, structure mutualiste, on a l'exemple [d'une région] pour laquelle on a été rencontrer la Présidente, qu'on connaît très bien, pour lui demander s'il y avait des possibilités de subvention de la région pour l'agrandissement de notre centre de santé, ou pour l'ouverture de centres de santé mutualistes. On nous a répondu non, parce que la collectivité ne finançait pas les structures privées. Alors là, j'ai un peu du mal à entendre qu'on ne finance pas les structures privées mais par contre on finance les médecins libéraux. On est sur deux poids, deux mesures. » (Président 3, Annexe 2.5)

Ainsi, les Unions mutualistes d'origine syndicale ont développé une activité dentaire dès les années 1960 à 1970, pour répondre aux besoins odontologiques non couverts. Toutefois, certaines d'entre elles peinent à maintenir cette activité, notamment en raison de la mise en concurrence des structures de Livre II, incapacitant le financement d'œuvres sociales dans le Livre III. L'activité dentaire constitue en outre un poste structurellement déficitaire pour plusieurs Unions, malgré une demande sociale particulièrement forte de la patientèle dans ce domaine. Cette contradiction s'explique par plusieurs facteurs. D'une part, les soins dentaires sont coûteux pour les patients, dans la mesure où leur prise en charge par l'Assurance maladie est limitée, et que le niveau de remboursement par les complémentaires santé varie fortement en fonction des contrats. D'autre part, la pénurie de chirurgiens-dentistes dans plusieurs territoires renforce les inégalités d'accès aux soins, à la fois géographiques et économiques. Ces difficultés économiques sont renforcées par les profondes mutations de leur environnement réglementaire, économique et concurrentiel. Si la financiarisation de la santé, au sens de la pénétration d'acteurs lucratifs à la recherche d'une rentabilité court terme sur le champ des

soins dentaires, est favorisée par les caractéristiques structurelles du secteur, elle vient également renforcer les difficultés économiques des centres, en accentuant la pression sur le modèle économique. Cette analyse permet de relever une similitude entre les transformations du secteur du Livre II, et celles du Livre III plus récemment. Toutes deux sont par exemple traversées par une tension entre des logiques de solidarité et de segmentation de l'accès aux soins, conséquente de la libéralisation des deux secteurs, ou par la concentration des acteurs mutualistes de Livre II et III : « A l'évidence le secteur des mutuelles du Livre III est en évolution avec notamment des regroupements d'Unions territoriales et des tentatives pour former des grands groupes mutualistes nationaux à structure complexe mais intégrant des mutuelles du Livre III. » (IGAS, 2014, p. 57)

Les secteurs de la santé et de la complémentaire santé connaissent plusieurs transformations similaires sur la période récente. La politique de rigueur, dans un objectif de réduction des dépenses publiques allouées à la santé, entraîne plusieurs transformations. Sur le Livre II, c'est la création d'un marché de l'assurance, tendant à déplacer les coûts de la Sécurité sociale vers les organismes complémentaires. Sur le Livre III, c'est la délégation des missions de santé publique vers les organismes de l'ESS dont font partie les organisations mutualistes, chargés d'être des opérateurs (Goldberg) de mise en place des missions de santé publique. La recomposition du rôle de l'État, s'inspirant d'un courant de pensée néoclassique, marque une rationalisation de la gestion publique, essaime jusqu'aux secteur de l'Économie sociale et solidaire, et en son sein, de la mutualité. La rationalisation du rôle de l'État est donc marquée par une évolution des modalités de régulation par le marché et par les prix. Ainsi, sur la santé, l'évolution du cadre réglementaire a contribué à une ouverture du secteur dans le sens de son décloisonnement, puis à une forte régulation pour compenser les dérives du secteur. Cela a notamment mené à une professionnalisation importante des gouvernances bénévoles (Annexe 2.2), interrogeant la capacité des structures mutualistes à maintenir certaines activités ou de certaines entités tout en conservant leurs spécificités, dans un paysage mutualiste marqué par une importante concentration et homogénéisation des acteurs.

III – Recomposition de l'identité mutualiste par des logiques de coopérations

La finançiarisation de l'économie a renforcé le mouvement de concentration, à la fois des mutuelles pour le secteur de la complémentaire santé, face à la libéralisation de l'activité et la création d'un marché européen de l'assurance, mais aussi des structures de Livre III, mises en tension par les difficultés du Livre II, par des effets structurels de leur secteur d'activité (notamment pour l'activité dentaire) et par les prémisses sur la dernière décennie d'une finançiarisation de la santé. Ces tendances contribuent à banaliser l'identité mutualiste, contrainte pour poursuivre son activité de s'adapter à ses concurrents. Cette analyse permet de revenir sur l'extrait d'entretien déjà cité en introduction : « la culture militante et syndicale qui est à l'origine de la création de nos mutuelles, les mutuelles de travailleurs, n'étaient pas vraiment compatible avec la logique d'une gestion économique de marché [...]. Il y en a une partie qui ne le sont toujours pas, ce qui a conduit effectivement à des déficits abyssaux, à des faillites et à des fusions. La technique en mutualité, c'est que si tu vas mal, tu fusionnes avec un plus gros, en espérant que lui, il n'aille pas trop mal. Souvent ce qu'on a fait malheureusement c'est qu'on a fusionné des mutuelles qui allaient mal entre elles ou des Livres III qui allaient mal entre eux, et ça juste fait une mutuelle plus grosse qui allait mal. » (Directeur 2, Annexe 2.2) Cette citation révèle une stratégie d'une partie du mouvement mutualiste, consistant à regrouper les acteurs mutualistes afin de créer en quelque sorte un « géant mutualiste » français (Siney-Lange, 2018, p. 22).

Cette section propose d'examiner une troisième trajectoire, distincte de la disparition de certaines activités ou de la concentration des structures : celle de la coopération. Certaines unions ont en effet choisi de diversifier leur offre de soins « classiques » (optique, audio, dentaire), dans le double objectif de mieux répondre aux nouveaux besoins de leurs adhérents et d'expérimenter de nouvelles activités. L'étude d'un cas du lancement d'un dispositif de Sécurité sociale de l'alimentation par une union permet ainsi de mettre en lumière une tentative de réaffirmation des valeurs fondatrices des structures mutualistes de Livre III : répondre à des besoins sociaux émergents, inventer de nouvelles formes de prise en charge, et renouer avec les principes constitutifs de l'économie sociale et solidaire.

Il ne s'agit pas à partir de cet exemple de proposer une montée en généralité sur l'ensemble du mouvement mutualiste, mais plutôt de montrer comment, à l'échelle locale, une union peut expérimenter une recomposition de son objet politique et de ses pratiques.

A) Retrouver une capacité d'innovation des SSAM

L'histoire des organisations de l'ESS, tout comme des organismes mutualistes en tant que ses membres, est celle de la réponse aux besoins sociaux prédominants au moment de leur création. En cela, elle est caractérisée par une forte capacité d'innovation, et par une grande diversité à la fois dans le service proposé et dans sa répartition géographique (Siney-Lange, 2018). Pourtant, de nombreuses évolutions du système de protection sociale et du système de santé ont concouru à la mise en tension de la gestion économique de la structure, ainsi que de ses finalités au sens de la banalisation de l'offre de soin qu'elle propose. Dans la continuité de son projet politique fondateur, à savoir la promotion d'une santé et d'une protection sociale non-lucrative, de qualité et gérée intégralement par les usagers, une Union de Livre III a cherché à étendre son offre au-delà des trois activités qu'elle assure historiquement, à savoir l'optique, l'audition et le dentaire.

C'est à ce titre que l'Union entend aider au déploiement du projet de Sécurité sociale alimentaire (SSA). Légalement, cette activité rentre dans les prérogatives du Code de la mutualité (article 310-1), stipulant : « les mutuelles et unions peuvent notamment mettre en œuvre une action sociale ou créer et exploiter des établissements ou services, conduire des actions à caractère social, sanitaire, médico-social, sportif, funéraire ou culturel et réaliser des opérations de prévention. » L'alimentation étant un déterminant de santé majeur, c'est à ce titre de la prévention que l'Union contribue à l'émergence de la SSA sur le territoire. La Sécurité sociale de l'alimentation est une réflexion portée par des organisations de la société civile depuis les années 2010 et pour laquelle plusieurs expérimentations sont en cours en France. Le concept de SSA a été formalisé en 2019 par Ingénieurs sans frontières - Agrista, quand l'association a initié le Collectif national pour une SSA. Cela fait suite à la campagne de la Confédération paysanne, en 2016, intitulée « Produire à tout prix ? Manger à quel prix ? »⁷. Face à l'impossibilité de transformer l'agriculture sans politique alimentaire et la nécessité de dépasser l'aide alimentaire, le collectif « Pour une SSA » en 2020 a défini trois piliers. Le premier est l'universalité, c'est-à-dire le droit pour toutes et tous d'accéder à l'alimentation de

⁷ <https://securite-sociale-alimentation.org/la-ssa/historique/>

son choix, quel que soit son revenu et/ou niveau de vie. Le second est la cotisation, par laquelle chaque personne finance le système de sécurité sociale de l'alimentation en fonction de ses moyens et utilise sa carte de sécurité sociale alimentaire selon ses besoins. Enfin, le dernier est le conventionnement démocratique, impliquant que des citoyens décident en assemblées collectives de leur alimentation et des types de produits qu'ils souhaitent manger. L'objectif de la SSA est de développer l'accès à une alimentation de qualité, respectueuse de l'environnement et des personnes, de la production jusqu'à la consommation. Elle vise ainsi la création de nouveaux droits sociaux, avec une ambition similaire à celle qui a présidé à la fondation d'un système obligatoire de protection sociale en France dans le champ de la santé, de la famille, de la vieillesse et des risques et maladies professionnelles. Les expérimentations inspirées du projet de SSA sont donc un outil permettant d'assurer à la fois le droit à l'alimentation pour tout le monde et d'assurer aux producteurs le moyen de vivre correctement de leur métier.

A l'échelle locale, la Ville de Grenoble a émis en janvier 2025 un Appel à manifestation d'intérêt (AMI), dont les objectifs cités sont les suivants :

- Lutter contre l'insécurité alimentaire en proposant des réponses dignes et durables, bénéfiques pour la santé des consommatrices et consommateurs ;
- Mobiliser les citoyens et les acteurs du territoire autour d'une gouvernance participative ;
- Expérimenter un mécanisme de financement solidaire via une caisse de cotisation ;
- S'appuyer sur les filières locales respectueuses des ressources et du vivant, rémunératrices pour les productrices et producteurs ;
- Suivre et évaluer les solutions mises en œuvre au regard des enjeux de justice sociale et de santé publique.

Aux côtés du collectif grenoblois, l'Union a répondu à cet AMI, et a été sélectionnée pour porter le dispositif local de caisse d'alimentation. Ce dispositif a été lancé de façon effective en juillet 2025. Le projet local de SSA fonctionne comme une caisse commune, réunissant la cotisation de ses adhérents à montant libre, et redistribuant une allocation fixe aux adhérents en fonction du nombre de personnes présentes dans leur foyer. Les adhérents peuvent ensuite utiliser leur allocation pour acheter des denrées alimentaires dans des lieux conventionnés par la caisse selon des critères de qualité (origine biologique ou locale) des produits proposés.

À ce titre, le lancement du projet de Sécurité Sociale de l’Alimentation lui permet d’innover dans ses modèles de gestion en expérimentant une activité de prestation de services à but non-lucratif auprès d’organisations portant des projets sur des thématiques liées à la santé et à la solidarité. Sur le court terme, cela permet à l’Union de mieux répartir les frais des services centraux imputés aux différentes activités et contribue à améliorer l’équilibre économique de la structure. Son objectif sur le long terme est de faciliter l’émergence de réponses innovantes aux besoins de santé, face aux nombreux défis actuels. Les acteurs du projet de SSA ont une excellente connaissance des réseaux de production et de distribution de denrées alimentaires locales. L’Union leur offre donc la possibilité de se centrer sur leur cœur de métier en assurant la gestion opérationnelle du projet, qui est un de ses domaines d’expertise. Elle apporte également des connaissances supplémentaires concernant les mécanismes de mutualisation des risques sanitaires et sociaux. Dans la mesure où les parties précédentes ont tenté d’interroger une tendance à la banalisation des spécificités qui ont longtemps caractérisé la mutualité, la contribution à l’émergence à de nouveaux droits sociaux est pour cette union une manière de renouer avec son identité mutualiste.

B) La gouvernance démocratique : le pouvoir d’agir des adhérents

Comme c’est le cas de la gouvernance des structures mutualistes, la gouvernance du dispositif de la Sécurité sociale de l’alimentation est auto-organisée par et pour ses adhérents. Un Président explique cette spécificité mutualiste :

« Le modèle des structures mutualistes est basé sur les adhérents, à travers une Assemblée générale siégée par les adhérents de la mutuelle, à travers un Conseil d’administration qui est siégé par les adhérents eux-mêmes, qui ont été élus par les délégués. [...] ils n’ont pas de recherche de profit personnel. C'est le collectif qui prône sur l'intérêt économique, et aujourd’hui, c'est pour ça qu'il y a tout intérêt à le mettre en avant. »

Similairement, le dispositif local de SSA fait le postulat que les personnes les mieux placées pour décider de leurs besoins en alimentation sont les mangeurs eux-mêmes, et que les personnes les mieux placées pour comprendre les enjeux du monde agricole sont les agriculteurs eux-mêmes. Dès lors, l’ensemble de ces acteurs sont représentés dans le pilotage du projet. L’objectif du collectif est d’avoir dans cette coalition une diversité d’acteurs allant de la production à la distribution, à la mise à disposition de cuisine ou de restauration, à l’animation de démocratie alimentaire.

L'enjeu de cette gouvernance pour l'Union est aussi de faire face à un vieillissement des représentants du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale, du fait de leur renouvellement insuffisant. Ce phénomène est principalement lié à la perte de l'ancrage territorial des mutuelles adhérentes à l'Union, qui s'explique par le fort mouvement de concentration des structures de Livre II et de Livre III. Comme les parties précédentes ont cherché à le montrer, ce phénomène de concentration s'explique par la libéralisation de la complémentaire santé à l'échelle européenne depuis le milieu des années 1980, ayant accru le nombre et la complexité des exigences réglementaires pour les mutuelles, ainsi que mis en concurrence les acteurs. Les difficultés de renouvellement des élus aux instances de gouvernance sont également renforcées par le mouvement de généralisation de la complémentaire santé décrit précédemment. L'Accord national interprofessionnel de 2013 a rendu obligatoire pour les employeurs la mise en place de contrats de complémentaire santé, or les mutuelles syndicales, moins puissantes et organisées face aux institutions de prévoyance, ont alors perdu leur influence auprès des instances représentatives du personnel dans les entreprises, finalisant alors l'incitation à leur regroupement.

Dès lors, le développement de nouvelles activités, notamment dans le cas de la constitution de l'activité de SSA sous la forme d'une association loi 1901, permet de contribuer à intégrer de nouveaux membres à la gouvernance de l'Union. L'ensemble des acteurs du collectif SSA appartiennent au champ de l'Économie Sociale et Solidaire (ESS). Ils partagent un but non-lucratif et des gouvernances démocratiques, et sont mobilisés en faveur du droit à l'alimentation des habitants et habitantes de Grenoble. Le collectif de caisse de SSA est composé de distributeurs de denrées alimentaires (épiceries locales et solidaires, magasins biologiques), de producteurs, représentés par un syndicat d'agriculteurs engagé pour la défense de l'installation de paysans et de paysannes dans des fermes à taille humaine et respectant leur environnement, et d'associations locales œuvrant en faveur de projets d'agriculture urbaine ou encore d'animation démocratique et participative de projets solidaires et sociaux. L'intégration de nouveaux membres constitue alors un enjeu central dans la redéfinition des orientations stratégiques de l'Union syndicale, notamment dans un contexte de tension économique et face à un risque de banalisation de son identité mutualiste. Aussi, la diversification des activités et la coopération entre structures de l'Économie sociale et solidaire, par l'exemple du lancement d'une Sécurité sociale de l'alimentation (SSA) à Grenoble, illustre comment une union peut réaffirmer ses valeurs mutualistes en innovant pour répondre à des besoins sociaux.

Conclusion

Le présent mémoire a analysé par le prisme de l'activité d'odontologie par une structure de Livre III les transformations récentes du mouvement mutualiste français, en mettant en lumière l'impact de la financiarisation sur les structures mutualistes. Plus précisément, ce travail a visé à démontrer comment la financiarisation, par la libéralisation et la mise en marché des secteurs de la complémentaire santé et de la santé, contribue à redéfinir les finalités des Unions mutualistes de Livre III, et les conduit à repenser leurs stratégies et leurs modèles organisationnels.

En effet, la mutualité a historiquement joué un rôle central dans l'accès aux soins et la constitution du système de protection sociale tel qu'il existe aujourd'hui. Les initiatives ouvrières locales ont constitué les premières formes de protection solidaire face aux risques liés à la maladie, ou au travail. Elles s'inscrivent dans une finalité plus large que la simple prestation de services, et œuvrent de manière solidaire en faveur de la protection des ouvriers, en incluant dans cette démarche des actions de revendications sociales. La période récente est marquée par de fortes évolutions du mouvement mutualiste, avec des phénomènes de restructuration liés à l'évolution du système de protection sociale et du système de santé. L'avènement du capitalisme financier dans les années 1970 transforme profondément les secteurs de la santé et de la complémentaire santé, mettant en tension les organisations mutualistes sur ces deux champs. En effet, la libéralisation des marchés entérine une recomposition du rôle de l'État par la doctrine de Nouvelle Gestion Publique (*New Public Management*), et marque le désengagement des services d'intérêt général de l'État en faveur d'organisations privées concurrentes, à but lucratif ou non (Pesqueux, 2024). Ainsi, l'activité des organismes complémentaires à l'assurance maladie est mise en marché, ce qui contribue à déplacer les coûts de la Sécurité sociale vers les organismes complémentaires. Sur l'activité de SSAM portée par les Livres III, les missions de santé publique sont déléguées aux organisations privées. Elles consacrent donc ces missions à des structures de l'ESS dont font partie les organisations mutualistes, mais favorisent aussi l'arrivée de capitaux privés en santé, attirés par une logique de rentabilité à court terme. La mise en concurrence des acteurs de la complémentaire santé et des acteurs de la santé a initié un mouvement de concentration des organisations mutualistes, dont les principes solidaires et non-lucratifs constituent un « désavantage concurrentiel » (Siney-Lange, 2018, p. 332) par rapport aux entreprises lucratives. Dans le même temps, elle favorise l'harmonisation des acteurs entre eux, et banalise le modèle pionnier de la mutualité.

Cette standardisation est à la fois induite de l'extérieur, par une évolution du cadre réglementaire et financier, et de l'intérieur par l'harmonisation des acteurs entre eux selon un principe d'isomorphisme institutionnel (DiMaggio, et Powell, 1983). La dernière partie vise donc à explorer, par l'exemple du lancement d'une nouvelle activité d'une structure de Livre III, comment la coopération entre acteurs de l'Économie sociale et solidaire permet à petite échelle à l'Union de renouer avec ses principes mutualistes et démarquer partiellement de la logique concurrentielle qui caractérise ses autres activités.

Des recherches futures pourraient approfondir la recomposition de l'identité mutualiste d'origine libérale en réaction aux transformations du secteur. Cette étude permettrait de comprendre comment son ancrage historique influence ses stratégies d'adaptation, son rapport aux principes fondateurs du mouvement et, plus largement, son positionnement dans l'espace de l'économie sociale et solidaire, au sens de Benoît et Coron (2019, s. p.) : « Lors du débat sur les directives, les mutuelles de fonctionnaires craignent plus particulièrement leur « banalisation » dans un grand marché européen de l'assurance. De leur côté, les mutuelles interprofessionnelles comme Préviade (devenue en 2008 Harmonie mutuelle) voient là une opportunité pour construire un vaste mouvement mutualiste communautaire. La MGEN, notamment, entrevoit la possibilité de créer une mutuelle des enseignants européens. »

Bibliographie

Articles

Abecassis, P., Batifoulier, P., Coutinet, N. et Domin, J.-P. (2017). « Éditorial : La généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer inefficacité avec inégalité », *Revue Française de Socio-Économie*, 18(1), p. 13-22. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rfse.018.0013>.

Abecassis, p. et Coutinet, N. (2020). « Nouvelles règles, nouveaux défis : les mutuelles au cœur de la construction d'un marché de l'assurance complémentaire santé », *RECMA*, 357(3), p. 82-98. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/recma.357.0082>.

Abecassis, P., Coutinet, N. et Domin, J.-P. (2018). « Les transformations de l'assurance maladie complémentaire à la lumière de la démutualisation/hybridation des banques coopératives », *Revue d'économie industrielle*, (161), p. 9-38. Disponible sur: <https://doi.org/10.4000/rei.6709>.

Azogui-Levy, S. et Boy-Lefèvre, M.-L. (2017). « Inégalités d'accès aux soins dentaires », *Après-demain*, 42(2), p. 30-32. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/apdem.042.0030>.

Benoît, C. et Coron, G. (2019). « Expliquer l'échec de la mobilisation d'intérêts économiques à l'échelon européen: L'identité mutualiste aux prises avec la régulation du secteur de l'assurance », *Politique européenne*, 63(1), p. 8-35. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/poeu.063.0008>.

Bidet, É. (2003). « L'insoutenable grand écart de l'économie sociale Isomorphisme institutionnel et économie solidaire », *Revue du MAUSS*, 21(1), p. 162-178. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rdm.021.0162>.

Boned, O. (2010). « La mondialisation de l'économie induit-elle un gommage de l'identité mutualiste ? », *RECMA*, 315(1), p. 90-99. Disponible sur: <https://doi.org/10.7202/1020952ar>.

Boned, O., Guerry, R. et Pierron, L. (2018). « Les mutuelles de santé face à la réglementation européenne : une banalisation de l'identité mutualiste ? », *RECMA*, 349(3), p. 42-55. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/recma.349.0042>.

Bourgueil, Y. et Benamouzig, D. (2021) La financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et perspectives. *Sciences Po Chaire santé*. Disponible sur: <https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/content/la-financiarisation-dans-le-secteur-de-la-sante-tendances-enjeux-et-perspectives.html>

Carini-Belloni, B. (2022). « Une médecine mutualiste de transformation sociale au service du mouvement ouvrier à l'épreuve du tournant « lucratif » de la mutualité », *Sociologies pratiques*, 45(2). Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/sopr.045.0029>.

Chanal, p. (2010). « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? : Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS*, 35(1), p. 135-150. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rdm.035.0135>.

DiMaggio, P.J. et Powell, W.W. (1983). « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociological Review*, 48(2), p. 147-160. Disponible sur: <https://doi.org/10.2307/2095101>.

Dreyfus, M. (2008). « Les grands jalons de l'histoire mutualiste », *Vie sociale*, 4(4), p. 11-26. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/vsoc.084.0011>.

Dreyfus, M. (2018) Histoire de l'économie sociale : De la Grande Guerre à nos jours. *Presses universitaires de Rennes*. Disponible sur: <https://unr-ra-scholarvox-com.sid2nomade-1.grenet.fr/catalog/book/docid/88923824?searchterm=louis%20calisti>

Giordano, F., Goff, J.L. et Malherbe, D. (2015). « L'éthique mutualiste est-elle soluble dans le New Public Management ?:Le cas d'une union régionale de la Mutualité », *Revue française de gestion*, 247(2), p. 119-135.

Goldberg, D. (2024). « Le secteur non lucratif des solidarités et de la santé : co-construction versus new public management », *Annales des Mines - Réalités industrielles*, 2024(4), p. 22-24. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rindu1.244.0022>.

Hassenteufel, P., Delaye, S., Pierru, F., Robelet, M. et Serré, M. (2001). « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens : Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, 2(1), p. 29-48. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/poeu.002.0029>.

Hassenteufel, p. (2006). « Libéralisation ou étatisation de l'assurance maladie ? », *Regards sur l'économie allemande*, 79(5), p. 3-3. Disponible sur: <https://doi.org/10.4000/rea.718>.

Hély, M. (2009). « Les métamorphoses du monde associatif ». Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/puf.hely.2009.01>.

Lebaron, F. (2008). « Le projet néolibéral en crise ? », *Savoir/Agir*, 5(3), p. 5-7. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/sava.005.0005>.

Lewalle, H. (2006). « Regard sur l'assurance maladie privée dans l'Union européenne », *Revue française des affaires sociales*, (2), p. 141-166. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rfas.062.0141>.

Menvielle, G. et Lang, T. (2021). « Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution », *ADSP*, 113(1), p. 64. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/aedesp.113.0002>.

Pascal, J., Laboux, O., Paillexeau, J., Giumelli, B., Lombrail, p. (2005). « Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie d'un hôpital public », *Santé Publique*, 17(3), p. 357-369. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/spub.053.0357>.

Pesqueux, Y. (2024). *New Public Management (NPM) et Nouvelle Gestion Publique (NGP)*. Disponible sur: <https://shs.hal.science/halshs-02506340>

Silva, N.D. (2020). « Quantifier la qualité des soins. Une critique de la rationalisation de la médecine libérale française », *Revue Française de Socio-Économie*, (HS), p. 261-280. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rfse.spe2020.0261>.

Toucas-Truyen, p. (2019). « La Mutualité, grande semeuse de progrès social. Histoire des œuvres sociales mutualistes (1850-1976), Charlotte Siney-Lange, La Martinière, 2018, 397 pages », *RECMA*, 351(1), p. 118-120. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/recma.351.0118>.

Yeni, I., Eslous, L., Delavelle, F. S., Nizri, D. (2017). « Le remboursement des frais dentaires », *Les Tribunes de la santé*, 57(4), p. 63-70. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/seve.057.0063>.

Zemmour, M. (2015). « Exonérations, exemptions et dépenses fiscales : quels coûts pour la protection sociale ? », *La Revue de l'Ires*, 87(4), p. 3-34. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rdli.087.0003>.

Ouvrages

Association française d'économie politique, Coordonné par Guy, Y., Henneguelle, A. et Puissant, E. (dir.) (2023). *Grand manuel d'économie politique*. Malakoff: Dunod.

Bourguinat H. (1992). *Finance internationale*. Paris: Presses universitaires de France (Thémis Économie).

Cyran O. (2023). *Sur les dents: ce qu'elles disent de nous et de la guerre sociale*. Paris: Éditions La Découverte poche (La Découverte poche Essais).

Desroche H. (1983). *Pour un traité d'économie sociale*. Paris: Coopérative d'information et d'édition mutualiste (Collection Tiers secteur).

Dreyfus, M. (2018). *Histoire de l'économie sociale : De la Grande Guerre à nos jours*. Presses universitaires de Rennes. Disponible sur: <https://unr-ra-scholarvox-com.sid2nomade-1.grenet.fr/catalog/book/docid/88923824?searchterm=louis%20calisti>

François, p. et Frézal, S. (2021). *Financiariser l'assurance. Enquête sur Solvabilité II*. Presses de Sciences Po. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/financiariser-l-assurance--9782724627459>

Kessler, F. et Lhernould, J.-P. (2004). « 3. La jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes, libre prestation des services en matière de protection sociale », in P. Hassenteufel et S. Hennion-Moreau (éd.). *Concurrence et protection sociale en Europe*. Rennes: Presses universitaires de Rennes (Res publica), p. 51-69. Disponible sur: <https://doi.org/10.4000/books.pur.15629>.

Mutuelle des Verriers & Assimilés (2025). La mutuelle des verriers, plus d'un siècle de protection mutualiste !

Mutuelle Entrenous (2025) *La Mutuelle Entrenous – Mémoire d'une aventure militante*. <https://editionscampusouvert.fr/2025/06/30/la-mutuelle-entrenous-memoire-dune-aventure-militante/>.

Reman, p. et Feltesse, p. (2006). *Comprendre la sécurité sociale : Pour la défendre*. Couleur livres. Disponible sur: <https://unr-ra-scholarvox-com.sid2nomade->

[1.grenet.fr/catalog/book/docid/88817589?searchterm=soci %C3 %A9t %C3 %A9s %20de %20secours %20mutuel](https://grenet.fr/catalog/book/docid/88817589?searchterm=soci%C3%A9t%C3%A9s%20de%20secours%20mutuel)

Siney-Lange C. (2018). « La mutualité, grande semeuse de progrès social »: histoire des œuvres sociales mutualistes, 1850-1976. Paris: Éditions de la Martinière.

Thèses

Ben Dbabis, M. (2012). Modèles et méthodes actuarielles pour l'évaluation quantitative des risques en environnement solvabilité II. Université Paris Dauphine - Paris IX.

Quinaou, J. (2022). *De l'hygiénisme à la santé publique contemporaine : le projet d'une meilleure santé*. Université de Lille. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_Droit/2022/ULIL_DMDT_2022_023.pdf&ved=2ahUKEwjlwfrx4eaOAxVGTaQEHBkWEVoQFnoECC4QAQ&usg=AOvVaw3GPfgn4QM-ufg3gVTvmsTg

Rapports

ACPR (2024). *Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance*. Disponible sur: <https://acpr.banque-france.fr/fr/publications-et-statistiques/publications/rapport-annuel-de-lacpr-2024>

Assurance Maladie (2025). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*. Rapport Charges et Produits. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2025-06-24-cp-presentation-rapport-charges-et-produits-2026>

Commission des Affaires Sociales (2022). Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé. Assemblée nationale, Fadila Khattabi, RAPPANR5L16B0514. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/docs/RAPPANR5L16B0514.raw#_Toc256000002

DREES (2016). *Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires*. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/accessibilite-aux-professionnels-de-sante-liberaux-des-disparites>

DREES (2023). Accessibilité aux soins de premier recours : de fortes inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes, qui s'expliquent en partie par la localisation des centres dentaires. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees-communique-de-presse/accessibilite-aux-soins-de-premier-recours-de-fortes>

DREES (2024). *Les dépenses de santé en 2023*. Résultats des comptes de la santé - Édition 2024. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-refernce/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>

HCSP (2018). *Reste à charge et santé*. ADASP, 102(1), p. 60. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=159>

IGAS (2025). *Causes et effets de la financerisation du système de santé*. Disponible sur: <https://igas.gouv.fr/causes-et-effets-de-la-financerisation-du-systeme-de-sante>

IGAS (2023). *Évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels*. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/evaluation-du-modele-economique-des-centres-de-sante-pluriprofessionnels-0>

ANEM (2016). *Les enjeux de transformation des métiers de la Mutualité - Eléments prospectifs à horizon 2025*. Observatoire de l'Emploi et des Métiers en Mutualité (OEMM). Disponible sur:

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.anem-mutualite.fr/wp-content/uploads/2018/06/etude-enjeux-transformation-metiers-mutualite.pdf&ved=2ahUKEwjkosu8vYWOAxW1UKQEHa-IFhgQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw0JYh-sW0XqDHJ8rAonk7Hz>

ANEM (2021). *Les métiers des services de soins et d'accompagnement à horizon 2025*. OEMM. Disponible sur: <https://www.anem-mutualite.fr/etude/les-metiers-des-services-de-soins-et-daccompagnement-mutualistes-a-horizon-2025/>

ANEM (2025). *Métiers de la Mutualité à horizon 2032 - Diagnostic commun à l'ensemble des mutuelles et axes d'évolution prospectifs*. OEMM. Disponible sur: <https://www.anem-mutualite.fr/etude/metiers-de-la-mutualite-a-horizon-2032/> (Consulté le: 20 juillet 2025).

Sénat (2024). *Financerisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ?* Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r23-776/r23-776.html> (Consulté le: 20 juillet 2025).

Sites web

ACPR (s. d.) *Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2023*. Disponible sur: <https://acpr.banque-france.fr/fr/publications-et-statistiques/publications/les-chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-l-assurance-2023>

ACPR (s. d.). *Solvabilité II*. Disponible sur: <https://acpr.banque-france.fr/fr/reglementation/focus-sur-la-reglementation/assurance/solvabilite-ii>

ARS (s. d.). *Le schéma régional de santé*. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-schema-regional-de-sante?parent=15716> (Consulté le: 17 août 2025).

Assurance maladie (s. d.). *Accord national des centres de santé*. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/isere/exercice-coordonne/textes-reference/accord-national/accord-national-centres-sante>

Assurance maladie (2024). *Examens bucco-dentaires : ce qui change à compter d'avril 2025*. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/actualites/examens-bucco-dentaires-ce-qui-change-compter-d-avril-2025>

Assurance maladie (s. d.) *La procédure conventionnelle*. Ameli.fr. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/isere/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/les-negociations-en-pratique/procedure-conventionnelle>

Fonds de dotation Kerpape (s. d.). *L'histoire du centre de Kerpape*. Disponible sur: <https://fonds-kerpape.bzh/histoire-du-centre-de-kerpape/>

Fontenelle, N. (2022) *Le nombre de centres de santé dentaire a progressé de 60 % en seulement cinq ans*. L'Information Dentaire. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/le-nombre-de-centres-de-sante-dentaire-a-progresse-de-60-en-seulement-cinq-ans/>

Fontenelle, N. (2023) Crise en vue sur le marché des centres de santé, estime une étude, L'Information Dentaire. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/crise-en-vue-sur-le-marche-des-centres-de-sante-estime-une-etude/>

FNCS (s. d.). *Dénonciation de l'Accord National conventionnel des Centres de Santé : Un nouveau modèle économique qui ne peut plus attendre*. Fédération Nationale des Centres de Santé. Disponible sur: <https://www.fncs.org/denonciation-de-l-accord-national-conventionnel-des-centres-de-sante-un-nouveau-modele-economique-qui-ne-peut-plus-attendre> (Consulté le: 24 avril 2025).

FNCS (2016). *Accord national des centres de santé : guide pratique destiné aux gestionnaires, directeurs, personnels de centres de santé*. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.fncts.org/sites/default/files/pdf/Guide_pratique_FNCS_Accord_national_modifie_11_05_2016.pdf&ved=2ahUKEwiL6JC_vJuPAXUHNPxDHWU-HI4QFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw38iZzpdCRupk8O_ltVraOg.

Goldberg, D. (2024) « Le secteur non lucratif des solidarités et de la santé : co-construction versus new public management », Annales des Mines - Réalités industrielles, 2024(4), p. 22-24. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rindu1.244.0022>.

Ingénieurs sans frontière (2019). *Pour une sécurité sociale de l'alimentation*. Disponible sur: <https://www.isf-france.org/articles/pour-une-securite-sociale-de-lalimentation>

Mutualité française (s. d.). Le regroupement national des Organisations gestionnaires de centres de santé (RNOGCS) s'adresse aux candidats à l'élection présidentielle. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/presse/Le-regroupement-national-des-Organisations-gestionnaires-de-centres-de-sante-RNOGCS-s-adresse-aux-candidats-a-l-election-presidentielle/> (Consulté le: 26 mars 2025).

Mutualité française (s. d.). *La Charte de la Mutualité*. Disponible sur: <https://www.musee.mutualite.fr/musee/musee-mutualite.nsf/PopupFrame?openagent&Etage=theme&Piece=1&Nb=6&Ref=chartemut>

Mutualité française (s. d.). *Centres de santé : un accord avec l'assurance maladie*. <https://www.mutualite.fr/>. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/presse/centres-de-sante-un-accord-national-avec-lassurance-maladie-pour-renover-et-renforcer-leur-intervention-dans-loffre-de-soins-de-proximite/>

Références législatives et réglementaires

Assemblée nationale (2018) *Question écrite n°7108 (3 avril 2018)*. Disponible sur : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/questions/QANR5L15QE7108>

Assemblée nationale (2023) *Question écrite n°9430 (27 juin 2023)*. Disponible sur :
<https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/questions/QANR5L16QE9430>

Assemblée nationale (2025) *Question orale n°282 (25 mars 2025)*. Disponible sur :
<https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/questions/QANR5L17QOSD282>

Conseil constitutionnel (s. d.) *Décision n°85-193 DC du 24 juillet 1985*. Disponible sur :
<https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1985/85193DC.htm>

France (1985) *Loi n° 85-773 du 25 juillet 1985 portant réforme du code de la mutualité*. Journal officiel de la République française, 26 juillet 1985. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000874468/>

France (2014) Loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé. Légifrance. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000028526285>

France (1986) Décret n° 86-384 du 13 mars 1986 portant réforme du code de la mutualité (partie réglementaire) et modification du code du travail (partie réglementaire). Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000884655>

France (2009) *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. Légifrance. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

France (2021) *Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022*. Journal officiel de la République française. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044553428>

France (2015) Avis relatif à l'avenant n° 4 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, signé le 8 juillet 2015. Journal officiel de la République française. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046363095>

France (2023) *Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels*. Journal officiel de la République française. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048678304>

France (2015) Avis relatif à l'avenant n° 5 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, signé le 8 juillet 2015. Journal officiel de la République française. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049284065>

Légifrance (s. d.) *Article L241-13 - Code de la sécurité sociale*. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000051285243

Légifrance (s. d.) *Article L6323-1 - Code de la santé publique*. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494896

Légifrance (s. d.) *Code de la mutualité*. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074067/

Légifrance (s. d.) Livre III : Mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales (Articles L310-1 à L320-6). Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074067/LEGISCTA000006128408/#LEGISCTA000006128408

Sénat (s. d.) *La loi du 5 avril 1928 : un grand pas vers la Sécurité sociale*. Mémoire du Sénat. Disponible sur : <https://archives.senat.fr/en-2025-le-senat-fete-ses-150-ans/la-loi-du-5-avril-1928-un-grand-pas-vers-la-securite-sociale.html>

Liste des abréviations, signes et acronymes

ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

AMC : Assurance Maladie Complémentaire

ANEM : Association Nationale des Employeurs de la Mutualité

ARS : Agences Régionales de Santé

C2S : Complémentaire Santé Solidaire

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ESS : Économie Sociale et Solidaire

ETP : Équivalent Temps Plein

FMF : Fédération des Mutualités de France

FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé

FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française

HPST : LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « Blachetot »)

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGF : Inspection Générale des Finances

IP : Institutions de Prévoyance

NPM ou NGP : *New Public Management*, ou Nouvelle Gestion Publique

OCAM : Organisme complémentaire d'assurance maladie

OEMM : Observatoire de l'Emploi et des Métiers en Mutualité

ORSA : *Own Risk and Solvency Assessment*, ou rapport d'évaluation interne des risques et de la solvabilité

SSA : Sécurité Sociale de l'Alimentation

SSAM : Services et Soins d'Accompagnement Mutualistes

TSA : Taxe de Solidarité Additionnelle

TSCA : Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance

ANNEXES

Annexe 1 : Méthodologie d'analyse

1.1 Méthodologie d'entretiens

Ce mémoire s'appuie sur des entretiens conduits en juillet et août 2025. Ces entretiens m'ont permis de saisir la perception actuelle des acteurs du terrain sur les enjeux soulevés dans les questionnements de mon mémoire, et théorisés à l'aide de lectures académiques. Ils expriment la perception de terrain des acteurs mutualistes sur les évolutions principales du secteur sur la période récente.

Dans la phase de préparation des entretiens, j'ai avant tout cherché à interroger deux types de publics pour chercher à comprendre les impacts de la libéralisation au niveau de la gestion des SSAM d'une structure mutualiste : les Directeurs et les Présidents des structures. Ce double profil me permet d'appréhender la vision propre à ces deux fonctions. Interroger deux profils différents au sein d'une même structure m'a également permis de saisir, quand c'est le cas, une différence de perception entre une perception d'un salarié (Direction générale) et un bénévole (Présidence). Cela m'a également permis de saisir indirectement comment la répartition des rôles quotidienne est pensée dans la structure, et comment ces fonctions sont délimitées entre une gestion bénévole et opérationnelle. Les profils choisis ont tous une bonne connaissance du secteur mutualiste et de ses évolutions, que ce soit par une implication de longue date dans la mutualité, ou par l'occupation d'un poste clé offrant un point de vue global sur l'ensemble des mécanismes en œuvre dans la gestion d'une union mutualiste. Enfin, les structures des personnes interrogées en entretien sont réparties sur différents départements de France, et chaque entretien a révélé des spécificités locales, sans que cela ne me permette une montée en généralité sur l'ensemble du territoire français.

Étant alternante en apprentissage au sein de l'Union des Mutuelles de France-Savoie (UMF73), pour trouver les interlocuteurs, je me suis référée à mon Directeur général et maître d'apprentissage, Glen Kergunteuil, qui m'a orienté vers les personnes ressources. Les personnes interrogées sont les suivantes :

Entretien	Date de l'entretien	Durée de l'entretien	Poste occupé	Ancienneté dans le secteur	Ancienneté dans le poste actuel
Entretien n°1	08/07/2025	30 minutes	Directeur général de l'Union 1	Environ 2006 (19 ans)	2012 (13 ans)
Entretien n°2	09/07/2025	1 heure	Directeur général d'Union 2	Environ 2007 (18 ans)	2014 (11 ans)
Entretien n°3	22/07/2025	30 minutes	Président de l'Union 1	Environ 1980 (45 ans)	Inconnu
Entretien n°4	23/07/2025	1 heure	Président de l'Union 2	1999 (26 ans)	2014 (11 ans)
Entretien n°5	05/08/2025	1 heure 40 minutes	Directrice Union 3	2015 (10 ans)	2019 (6 ans)
			Président Union 3	2011 (14 ans)	2021 (4 ans)

Enfin, j'ai procédé à la désentification des entretiens en ne faisant pas mention du nom ou du prénom des personnes, ni du nom des structures concernées ou de leurs emplacements géographiques.

1.2 Grille d'entretiens

Le type d'entretien retenu pour ce mémoire sont des entretiens semi-directifs. La formalisation d'une grille d'entretiens m'a permis d'avoir une certaine similitude dans la trame des questions posées, et de pouvoir appréhender les différences dans les réponses. Une fois la grille d'entretiens établie, cette base de questions est adaptée au fil de chaque entretien, afin de pouvoir rebondir sur certaines parties des réponses offertes. Cela m'a permis d'approfondir ou de découvrir de nouveaux éléments pertinents auxquels je n'aurais pas pensé en amont. Chaque entretien a débuté par la présentation de mon sujet de recherche. J'ai également précisé aux personnes que l'entretien serait enregistré, afin de me permettre d'avoir une transcription fidèle aux échanges, et j'ai précisé que ces retranscriptions seraient anonymisées.

Objectifs	Questions
Identifier l'acteur	Depuis combien de temps êtes-vous impliqué dans cette structure ?
	Pouvez-vous m'expliquer votre rôle et vos tâches au sein de cette structure ?
	Dans quelle(s) structure(s) êtes-vous impliqué ?
Histoire et valeurs de la structure	Pourriez-vous m'expliquer quelles motivations ont mené à la création de votre structure ?
	Comment décririez-vous le rôle que la mutualité a joué historiquement dans l'accès aux soins ?
	Quelles activités sont menées dans votre structure ?
Côté complémentaire santé et unions mutualistes : Quelles sont les transformations ? Libéralisation, financierisation, quels impacts ?	Comment percevez-vous les effets de la réglementation (Directives européennes, ANI, Solvabilité II, etc.) sur votre Union ?
	Ces évolutions ont-elles eu un impact sur les rôles et l'implication des gestionnaires bénévoles ?
Côté santé/sanitaire (dentaire) : Quelles sont les transformations, libéralisation, financierisation, quels impacts ?	Selon vous, comment l'offre mutualiste pour les soins dentaires, se différencie-t-elle par rapport aux autres structures (cabinets libéraux, structures privées lucratives, structures associatives) ?
	Selon vous, quelles sont les spécificités de la gestion d'une activité dentaire (en termes de stratégie, de pilotage quotidien) par rapport à la gestion des autres activités de la structure ?
	Selon vous, comment cette activité a-t-elle évolué ces dernières années ? D'un point de vue réglementaire, ou du paysage (pour ne pas dire « marché ») ?

	<p>Percevez-vous une concurrence ? Avec quels acteurs (entre mutualistes, avec le privé, ...) ? Quelle est la conséquence de cette concurrence ?</p>
	<p>Identifiez-vous une évolution de votre marge de manœuvre, au sein de votre structure, sur le pilotage de l'activité (dentaire et en général) ?</p>
	<p>Êtes-vous parfois confrontés à des arbitrages entre les pratiques/valeurs mutualistes et les nécessités économiques de la filière dentaire ?</p>
	<p>Comment votre Union s'adapte-t-elle aux contraintes budgétaires et à la recherche d'équilibre financier ?</p>
Quelles stratégies ont été mises en place pour faire face	<p>Votre structure gère-t-elle aujourd'hui ou envisage-t-elle de se lancer sur de nouvelles activités, qui n'entrent pas dans les secteurs historiques de la mutualité ?</p> <p>Comment votre organisation fait-elle face aux difficultés que vous avez mentionnées ?</p> <p>Comment votre structure s'y prend-elle pour continuer d'incarner vos valeurs mutualistes aujourd'hui ?</p> <p>Comment percevez-vous l'avenir de votre structure, et de la mutualité plus généralement ?</p>
Divers	<p>Souhaitez-vous ajouter des éléments que nous n'avons pas abordés, mais qui vous semblent pertinents pour cette discussion ?</p>

Annexe 2 : Retranscriptions des entretiens

2.1 Entretien avec un Directeur d'Union d'origine syndicale (Union 1)

Le 8 juillet 2025, 08h30.

Directeur 1 0:00

.... Je ne vois pas beaucoup aujourd'hui d'opportunités présentées dans le dentaire et c'est un petit peu aussi le sens de votre propos, et je partage ça. C'est un beau *challenge*. OK, on peut y aller.

Lena Warnking 0:24

D'accord. Je vais commencer l'enregistrement juste pour que ce soit aussi rassurant de votre côté. De toute façon, dans le cadre de mon mémoire, tous les entretiens, ils seront anonymisés. Donc il n'y aura pas, il y aura pas du tout d'enjeu à ce niveau-là. Est-ce que ça si ça vous va, on peut commencer à remonter un tout petit peu dans le temps sur l'histoire de votre structure ? Est-ce que rapidement vous pourrez revenir sur les motivations qui ont mené à la création de [votre union], sur ces valeurs-là.

Directeur 1 0:51

Ouais. Alors de ce que j'en sais, on remonte à 60 ans en arrière, un peu plus de 62 ans [càd dans les années 1960], et les acteurs mutualistes des mutuelles de travailleurs [du département] ont souhaité investir dans une offre de soins. Alors je ne saurais pas vous dire si la première activité a été de l'optique, du dentaire, ou des soins infirmiers. Je crois que c'était de l'optique ou du dentaire ? Et c'était, c'était très audacieux de se dire que pour ces adhérents, nous allions créer un magasin d'optique, avec une offre tarifaire appropriée, ou un centre dentaire en salariant un chirurgien-dentiste, en salariant un prothésiste, de manière à avoir une offre maîtrisée, y compris sur le plan financier et sur le plan du reste à charge. Donc je pense que le départ, c'était : « moi en tant que mutuelle, je me retrouve à compléter les remboursements de la Sécurité sociale, mais à le faire de manière aveugle ».

Les travailleurs, ce sont des militants. Et les militants n'aiment pas la fatalité, ce sont des acteurs et donc ils ont décidé de s'emparer de ces sujets-là en se disant « on ne peut pas être des payeurs aveugles » donc qui vont participer à notre système par essence inflationniste, dès lors que l'on rembourse, les prix augmentent. Et donc ils ont décidé d'offrir et de densifier une offre, en

réponse à ce qui coûtait cher, c'est-à-dire la prothèse dentaire et les montures d'optique, au départ.

Lena Warnking 2:32

Vous disiez-vous avez utilisé le terme audacieux vous disiez que c'était justement parce que à cette époque-là, c'était en quelque sorte quelque chose qui n'avait pas été fait. La mutualité, elle, a été un petit peu innovatrice dans ce secteur-là, si je ne me trompe pas ?

Directeur 1 2:47

En fait, si on remonte encore un petit peu avant, si on remonte au niveau de l'histoire, on est en train de parler de l'histoire des solidarités et de l'histoire de la santé. Les solidarités, c'est ce qui fait l'humanité. Ce qui fait qu'une société existe est qu'il existe des solidarités. Le premier lieu de solidarité c'est la famille. Ensuite sont arrivées les charités chrétiennes etc. Mais dans le cadre de la révolution industrielle en particulier, ça s'est délité parce que les populations ont fait une désertification rurale pour aller rejoindre la ville ou les mines ou la métallurgie ou les fonderies ou ce que vous voulez et en définitive elles se sont retrouvées à créer leur propre solidarité dans des conditions d'exploitation du travail, qui ont fait qu'il fallait en plus les renforcer. C'est ainsi que se sont créées les premières solidarités, soit syndicales, soit sanitaires et donc le premier rôle des mutuelles. En 1945, la création de la Sécurité sociale a rebattu les cartes, elle a eu le mérite de penser la santé, la retraite, la famille comme des leviers de société, et elle les a financés. Mais quelques années après, elle a déremboursé. Et c'est là que les acteurs mutualistes se sont réveillés dans leur âme audacieuse de porteur de réponse. Ça a toujours été dans notre histoire.

Lena Warnking 4:15

Très bien oui, c'est plus clair pour moi aussi. Et justement est-ce qu'à ce niveau-là vous pouvez revenir s'il vous plaît, sur la spécificité de la gestion d'une activité dentaire par une organisation mutualiste, par rapport justement à ce qui existait en parallèle ?

Directeur 1 4:35

Le premier point a été le salariat du chirurgien-dentiste. C'est vraiment le premier point avec des implications. Il y en a, il y en a d'ordre juridique et éthique. Et puis il y en a d'ordre économique.

Juridique et éthique parce que le chirurgien-dentiste est un professionnel de santé qui dépend d'un ordre, d'une déontologie, qui répond au Code de santé publique. Et le voilà avec une double injonction : il doit répondre aussi à une autorité, liée à la conséquence du lien de subordination du contrat de travail. Donc ça, ça peut questionner. Ça a d'ailleurs créé des oppositions très très fortes du Conseil de l'ordre et c'est toujours un point de discussion. C'est toujours un point de discussion. J'étais la semaine dernière en rendez-vous avec le Président du Conseil de l'ordre des médecins. Là, pas des chirurgiens-dentistes, mais c'est exactement la même chose et on rediscute de ça. « Mais pourquoi le salariat ? » Pour eux, ça n'a pas de sens. Et d'autre part, économique, parce que quand on fait l'analyse, et peut-être le ferez-vous, des coûts entre une structure, qui est basée en BNC (en bénéfices non commerciaux), et qu'on en fait la cascade entre son chiffre d'affaires et ce qui tombe dans la poche du dentiste, et ce qui se passe par rapport à un centre dentaire entre le chiffre d'affaires et ce qui, finalement, tombe dans la poche du dentiste, il y a une déperdition qui est énorme, et il y a un taux de cotisation qui sont très très fort au niveau du salariat. Donc ça a aussi un impact économique à 100 € de chiffre d'affaires équivalent. Ce que va toucher le dentiste chez nous c'est 20 €. Il en touchera 40 € et quelques en BNC, quand il travaille pour lui. En plus il travaille pour lui, donc ça, c'est encore d'autres aspects.

Mais si je disais « ils gagnent 100 € tous les deux », en fait ce n'est pas la même chose. Donc il y a aussi cet impact économique du modèle, du salariat.

Lena Warnking 6:23

D'accord, très bien. Pour revenir aussi un petit peu sur les évolutions du secteur mutualiste, pour vous, si vous deviez résumer, ce seraient lesquelles les transformations majeures, qui ont impacté les Unions de Livre III sur la période récente ?

Au niveau réglementaire, il y a eu évidemment tout ce qui concerne la complémentaire santé. Après, il y a aussi eu plusieurs transformations au niveau de la santé, plus spécifiquement sur le dentaire. Est-ce que pour vous ça se complète ou non ?

Directeur 1 6:44

Il y a plusieurs choses. C'est là aussi, on rejoint une partie de la convergence de ce que je vous disais, des « tectonique des plaques ». Je ne sais pas, je ne suis pas très heureux de cette qualification, mais ce que je voulais dire c'est qu'il y a plusieurs choses, effectivement. Vous avez raison, on ne peut pas se départir du financement de la santé et du rôle des complémentaires. Les complémentaires, elles, ont créé sur leurs propres réserves et sur leurs

propres excédents, les premiers centres dentaires. Aujourd’hui, elles n’en sont plus capables. Pourquoi ? Parce que la réglementation qui pèse sur les Livres II, l’inclusion du Code de la mutualité dans le Code des assurances, d’une part, avec tout le fardeau réglementaire, mais également la taxation des contrats santé, la mise en concurrence systématique, font qu’aujourd’hui, elles sont centrées sur leurs problématiques à elles et ne peuvent pas dégager de marge pour créer et supporter de nouvelles créations de centres. Donc ça, c’est une réalité, qui est déjà assez ancienne, mais qui n’est peut-être pas assez prise en compte. Mais ça ne veut pas dire qu’il y a une fatalité par rapport à ça. Le 2e point c’est ce qui concerne véritablement les métiers, ça c’est le sens de votre question d’aujourd’hui, mais il fallait quand même rappeler l’évolution d’abord.

Lena Warnking 7:57

Bien sûr.

Directeur 1 8:04

La loi, je crois que c’est la loi HPST, a disposé du fait que les centres de santé, alors à ce moment-là, leur création ne soit plus régulée par ce qui était l’ancêtre de l’ARS : la Drass. Ça a permis qu’ils se créent à peu près comme ils le veulent, sous forme associative, mutualiste ou communale. En définitive, elle a fait même par extension qu’ils pouvaient être des antennes de cliniques privées. Mais ça ce n’est pas trop le sujet. Ça a été une opportunité pour beaucoup de margoulins de créer des centres de santé, dentaires ou ophtalmologiques, et ainsi empocher des aides et déliter quelque chose de très, très important, qui était que : le modèle des centres de santé a une vocation d'accès aux soins, et pour ça, il faut qu'ils se financent. Là, ils ont inversé le paradigme en disant : « le but c'est de gagner de l'argent, et le moyen c'est de parler de santé ». Et il y a eu les scandales de Dentexia, etc. et plein d'autres, Nobel care et d'autres et d'autres et d'autres. Et il y en a encore d'autres, avec vraiment des gens qui n'ont aucune morale, et qui ont pour cela créé des centres de santé et créé un système inflationniste dans la rémunération des dentistes. Et ça, ça a ancré déjà un coin dans une difficulté, car le numerus clausus des chirurgiens-dentistes est déjà un frein qui légitime une rémunération assez élevée de ces professionnels. Il est certain que s'il n'y avait pas ce frein-là, il y aurait un peu plus d'offres, et s'il y aurait un peu plus d'offres, forcément on aurait moins de difficultés à les rémunérer.

Donc on voit qu’au-delà de ça, la loi HPST en créant, en ouvrant la porte aux centres de santé dérégulés, a créé beaucoup de mal, parce qu’elle a tendu cette offre. Et nous, il nous a fallu

augmenter la rémunération des chirurgiens-dentistes. Ça, pour vous donner un exemple sur les prothèses par exemple, parce qu'il y a deux parties de rémunération, je pense que vous le savez, il y a une partie sur les soins et une partie sur les prothèses, on les a augmentés de 5 points. 5 points, c'est 20 %. Bon, vous gardez ce chiffre en tête et vous vous imaginez bien ça coûte 500 000 € par an pour nous, juste cela en année pleine. Cette augmentation de 5 points, c'est à peu près le montant de notre déficit aujourd'hui en dentaire.

Le deuxième aspect dont je vais vous parler tout de suite, c'est la loi Khattabi, qui a tenté de contrebalancer les excès de ces centres dentaires low-cost en mettant encore une fois un fardeau réglementaire sur les gestionnaires du Livre III, sans pour autant répondre au fond du problème. On se retrouve à remplir des tableaux, à faire de la paperasse toute la journée et à être stigmatisé par ailleurs, donc ce n'est pas forcément quelque chose qui facilite le développement de nos affaires. Cette loi alourdit des menaces de déconventionnement de nos centres, en permanence. On a du mal à s'entendre dans la réalité de ce que nous sommes historiquement et que vous le savez, par rapport à des interlocuteurs, qu'ils soient administratifs ou politiques, qui ne font pas la part des choses, parce que pour eux, le problème c'est les centres de santé.

Le troisième point important, c'est le 100 % santé. Alors le 100 % santé a un impact économique très fort [sur notre département]. Parce qu'il a plafonné le prix des prothèses et les prothèses dentaires, je vous donne les exemples, les plus rémunératrices : la couronne céramométallique, le stellite, un certain nombre d'appareils de prothèses ont vu leur prix plafonnés et donc baissés de 20 %.

Et vous vous rappelez qu'en plus, sur le coût des prothèses, nous, on a augmenté la rémunération de nos chirurgiens-dentistes, donc on s'est trouvé dans un effet ciseau économiquement, qui altère vraiment durablement notre économie. On ne peut pas augmenter nos tarifs, ils sont d'ordre national. Or [notre département] a cette spécificité que les coûts de revient ici, les coûts de salaire sont particulièrement élevés. Évidemment que n'importe quel salarié dans n'importe quelle entreprise vous dira qu'il ne gagne pas assez sa vie, qu'il a besoin de gagner plus, et c'est légitime. Moi ce que je suis en train de dire, c'est juste l'index, le prix des loyers, le coût de la vie, ici est beaucoup plus élevé qu'ailleurs. Et objectivement, cette réalité fait que, et en plus il n'y a pas de chômage, on a moins de 5 % de chômage à Annecy, donc on ne trouve pas de gens. On ne trouve pas de gens, et donc il y a une inflation qui a été accélérée par les augmentations du coût de l'énergie qu'on a connu à partir de 2022 et tout ce qui s'est présenté en en en augmentation des index du coût de la vie, du coût du carburant, etc., et qui font que ça pèse sur notre économie. Donc on a globalement un système qui, dans ses services support dans le fonctionnement de la structure, dans l'embauche du personnel de

bureau ou les assistantes dentaires, est inflationniste. Et en même temps, le cœur du sujet, qui est le chirurgien-dentiste, sa rémunération par rapport à la tarification des actes, qui se retrouve contraint et le dégagement de marge, qui est infime.

Donc là c'est devenu compliqué, et quand on rajoute à ça le fait qu'il a fallu... Comment dire ? On a perdu beaucoup de dentistes entre 2022 et l'année dernière, en 2024. Je crois qu'on a perdu huit équivalents temps plein de chirurgiens-dentistes. On en a gagné dix depuis en neuf mois, mais ce retournement, c'est aussi aux dépens d'une qualité et d'une installation durable dans l'exercice, dans la pratique, chez nous. Un dentiste il n'est rentable qu'à partir du moment où il a travaillé, bien 6 mois et qu'on s'est aperçu que ça va aller bien. La quantité de dentistes qu'on a tenté de retrouver, aujourd'hui elle grève notre économie plus qu'elle ne l'améliore. Donc voilà l'ensemble des questions qui, économiquement, altèrent le rendement de l'activité dentaire, selon moi. J'ai peut-être été un peu long.

Lena Warnking 14:11

D'accord, non, non, c'était parfait. C'était très intéressant pour moi parce que, au contraire, c'est intéressant que vous allez dans l'ensemble des aspects que vous identifiez. Est-ce que à ce niveau-là vous avez aussi constaté que ça peut avoir un impact aussi en tant que spécifiquement dans votre rôle : sur la manière dont vous allez aussi considérer l'activité dentaire, est-ce qu'en quelque sorte, vous vous observez une évolution de la marge de manœuvre que vous avez que vous avez sur cette activité ?

Directeur 1 14:43

Oui, d'abord, c'est clair que quand vous faites 100 € de chiffre d'affaires en dentaire et par exemple 100 € de chiffre d'affaires en optique ou en audition, la marge au coût variable, je ne sais pas si cette notion vous est familière, n'a rien à voir. La marge au coût variable, c'est donc la différence entre le prix de vente de la prothèse dentaire ou le prix de vente de la monture d'optique par rapport à son coût de revient direct. En optique, le coût de revient variable, c'est l'achat de la monture ou l'achat des verres point. Le reste, après, ce sont des coûts fixes.

Et donc quand je fais 100 € de plus je gagne, 70 € tout de suite de plus pour absorber mes frais fixes. En dentaire, quand je fais 100 € de plus : je rémunère mon praticien en coût variable chargé, je rémunère mon prothésiste et je rémunère les consommables. Il ne peut pas travailler s'il n'a pas les gants, s'il n'a pas les serviettes, les machins etc. Donc ça ce sont les coûts variables, qui font que sur 100 € de chiffre d'affaires en plus, à la fin, il va peut-être me rester 10, 15 € dans les meilleur des cas pour absorber tout le reste, l'amortissement du fauteuil, qui

est énorme, le prix de l'assistante de la secrétaire, etc. Donc si on regarde le modèle économique, évidemment, il n'est pas rentable, ce qui entraîne une chose, c'est qu'en plus de ces éléments d'évolution réglementaire, dont on a parlé. (interruption) Donc je disais qu'évidemment, vous l'avez compris dans la tendance longue, dans le trend, c'est que c'est une activité qui n'est plus rentable, d'une part, et donc qu'est-ce que ça a comme conséquence ? On doit allouer des moyens. En plus, ça consomme du capital cette activité-là, quand on doit allouer les moyens, c'est moins vers cette activité-là qu'on va aller et plus vers les autres, forcément. Forcément.

Lena Warnking 17:20

D'accord, d'accord, je comprends. Est-ce que vous pourriez à ce moment-là revenir justement sur l'évolution de la gestion ? Qu'est-ce que vous avez mis en place justement pour faire face aussi, pour essayer de rentabiliser cette activité au fil des années, et ce que vous avez comme perspective aujourd'hui ?

Directeur 1 17:40

Alors déjà, on n'a pas de perspective d'augmentation tarifaire. On pourrait augmenter les prix, parce qu'il y a de la demande et que les gens payeraient, mais on ne le fait pas, parce qu'on est plafonné dans le cadre du 100 % santé. Philosophiquement aussi. Mais en attendant, réglementairement, on ne peut pas le faire, donc on n'a pas cette variable-là.

Lena Warnking 17:47

Bien sûr.

Directeur 1 17:56

Ce qu'on a fait très très fortement, c'est de soutenir une politique volontariste de recrutement pour occuper nos fauteuils. C'est presque réussi, mais il y a toujours du turn-over. Ce qu'on fait aussi, c'est de faire des efforts d'intégration des nouvelles équipes et des nouveaux chirurgiens-dentistes pour qu'ils restent. Mais ça, ben on verra si ça marche, et ça ne marche pas toujours. Je peux vous le dire, on a parfois des déceptions un peu amères de gens pour qui on a fait des efforts importants pour les accueillir et les soutenir, et qui finalement ne restent pas. Donc il y a une réalité, malheureusement qui nous rattrape. En définitive, ce qui nous manque aujourd'hui, et pourtant, on a entamé cette démarche, mais elle n'est pas réussie, c'est de transformer cette activité pour qu'elle devienne plus rentable : c'est-à-dire que son chiffre

d'affaires horaire progresse et donc sa marge contributive soit positive. C'est très difficile, parce qu'on est confronté au fait que c'est une activité de santé. Donc comme je l'ai dit, on ne peut pas augmenter les tarifs. On ne peut pas optimiser la facturation, il ne s'agit pas non plus de voler, ni les mutuelles ni la Sécurité sociale, et encore moins les patients. Donc on est quand même un peu coincé là-dedans, et on ne peut que faciliter l'accès aux soins, sans pour autant inciter à la réalisation d'actes, et donc là, on se retrouve un peu démunis dans le pilotage de cette activité : démunis d'un point de vue éthique et démunis d'un point de vue pratique.

Lena Warnking 19:19

Bien sûr. Dans mes lectures, il y a quelque chose qui revenait aussi plutôt fréquemment, c'était aussi notamment dans les rapports, le manque d'aides que peuvent avoir les centres de santé, notamment d'un point de vue de subvention, pour justement une avoir une reconnaissance des spécificités du modèle non-lucratif, d'une gestion désintéressée de ces structures-là. Est-ce que vous aussi, vous vous partagez ça ?

Directeur 1 19:50

Alors moi, je pense que d'abord, il y a, des vraies actions de reconnaissance, et que les choses ont bien progressé, même si c'est insuffisant, je le dis tout de suite. Avec l'accord national, qui a permis dès 2003, mais surtout dans ses rénovations récentes, de fixer un cadre de rémunération de la coordination des soins, voilà. Ça, c'est quelque chose d'important. Ça nous oblige aussi à détailler complètement comment nous sommes organisés, combien on a de dentistes, nos horaires d'ouverture, l'agrément de notre logiciel de facturation, etc. etc. Mais au moins, ça offre un cadre objectif et ça permet un financement. Alors on pourra vous dire que ce n'est pas suffisant. Je vous dirais que ce n'est pas suffisant, mais qu'est-ce qui est suffisant ? Et qu'est-ce qui nous permettrait demain de dire « ben, ça suffit ». On n'a pas la vocation à être fonctionnaire à 100 % non plus, et donc il s'agit bien que l'activité, elle, s'équilibre à un moment par elle-même. On peut aussi se dire que la tarification doit être revue. Je ne suis pas sûr que dans tous les pays, et d'Europe et du monde, on ait une tarification comme en France. Je ne suis pas sûr qu'elle soit suffisante. Pour différentes raisons, on trouvera que le système est inflationniste et les pouvoirs publics freinent la valorisation des consultations. En médecine, elle est arrivée à 30 €, elle était à 22 € il y a encore quelques années, mais c'est enfin assez loin de ce qu'on peut attendre d'un doctorant en médecine et du travail qu'il réalise. Je pense que c'est un ensemble de choses qu'il faut revoir, que l'ensemble des choses à revoir plutôt que de se dire, « c'est des aides publiques, ça fait partie du dispositif ». Il doit y en avoir.

Sur la médecine, il y en a beaucoup sur la création des activités, il y en a plus beaucoup quand elles sont pérennes. Et donc sur le dentaire, la même chose, on pourrait avoir des aides à la création, on pourrait avoir des aides pérennes. Mais ce qu'il faut, c'est vraiment former des dentistes. La moitié des dentistes, qui sont inscrits au Conseil de l'ordre en France en 2023 ce sont des diplômés étrangers.

Lena Warnking 22:08

Bien sûr.

Directeur 1 22:09

On les pique à d'autres pays. C'est discutable, aussi en termes de pratique de la langue et donc de qualité de réponse. Alors ils peuvent être diplômés à l'étranger, mais d'origine française, mais ils peuvent être nés au Portugal et apprendre le français en arrivant en France.

Donc il y a quand même cette offre, qui est insuffisante. On le voit parce que beaucoup de filières parallèles se mettent en place pour contourner le numerus clausus, et pour autant, ça ne suffit pas. Bon, on commence à avoir un peu plus de dentistes, donc on commence à pouvoir être moins dépendant des exigences de princesse ou des exigences un peu parfois déconnantes d'un chirurgien-dentiste ici ou là ; des « diva ». Voilà, on est un peu moins dépendant des diva, mais ce n'est pas encore ça. Ce n'est pas encore ça, et je pense que ça, ça fait partie des éléments. Donc revaloriser les actes, densifier la formation et avoir plus de praticiens, je pense que c'est ça, surtout l'essentiel.

Lena Warnking 23:19

D'accord, très bien merci. Je vois que l'heure et elle tourne, ça va peut-être être...

Directeur 1 23:24

Vous avez encore 5 minutes. Moi j'ai 5 minutes encore.

Lena Warnking 23:26

Bon d'accord, très bien. Ma dernière question, c'était plutôt vers vous, est-ce qu'il y a des éléments sur lesquels je ne vous ai pas forcément questionnés, qui pour vous sont importants, que vous auriez aimé préciser, est-ce qu'il y a des éléments sur lesquels je ne suis pas revenue ?

Directeur 1 23:38

On peut se questionner sur l'avenir de cette filière ou pour parler du dentaire. Dans le Livre III, c'est une vraie question. Les coûts de revient sont importants, on voit beaucoup d'opérateurs, presque tous les opérateurs mutualistes se penchent vers l'achat de prothèses à l'étranger. Et économiquement c'est nécessaire. Et dont on contribue aussi tous, pas que les mutualistes : tous les chirurgiens-dentistes contribuent depuis des années au fait que les savoir-faire et l'industrialisation française dans le domaine de la prothèse disparaissent. Ça ne dérange personne. Ça ne dérange personne. Il n'y a plus personne qui est intéressé par le métier de prothésiste, ou très peu de jeunes, parce que de toute manière, aujourd'hui, les prothèses on les envoie à l'étranger, de plus en plus : au Maroc, en Chine, au Vietnam, en Bulgarie, en Turquie. C'est ça, c'est une vraie question. C'est une question de société, c'est une question des choix qu'on veut et c'est la question aussi de l'hypocrisie des politiques publiques : c'est bien on fait le 100 % santé, ça veut dire quoi ? Ça veut dire qu'en fait, il n'y a plus de travail en France et qu'on va faire une prothèse à l'étranger. Donc ça, c'est un vrai problème.

2.2 Entretien avec un Directeur d'Union d'origine syndicale (Union 2)

Le 9 juillet 2025, 14h.

Directeur 2 0:03

(Au sujet de la libéralisation). C'est un tournant qu'on n'a pas, enfin qu'on l'a vu, on en parle pour les cliniques etc., mais en fait, en vrai, qu'on n'a pas vu venir dans les centres de santé par contre. On le ressent maintenant, on en pâtit, parce que du coup, ça pose des problèmes de concurrence pour les recrutements.

[...]

Lena Warnking 1:35

Super, est-ce que vous êtes d'accord, pour mon entretien et pour ma retranscription, de commencer par vous re-présenter ? Depuis combien de temps vous êtes impliqué dans votre structure ?

Directeur 2 1:47

Bien sûr, je suis Directeur 2, je suis le Directeur [de l'Union des mutuelles]. Je suis directeur ici depuis 10 ans, depuis 2014, une grosse dizaine d'années. Avant, j'étais également directeur d'une mutuelle complémentaire santé et d'une mutuelle dédiée, qui gérait des centres dentaires et optiques à toute petite échelle. Donc voilà c'était une toute petite, mais qui était très bien portante, et j'avais la double casquette : complémentaire santé et le Livre III qui était accolé à cette mutuelle.

Lena Warnking 2:21

D'accord, donc vous aviez à la fois le point de vue sur le Livre II et le Livre III c'est ça ?

Directeur 2 2:45

Exactement. Et c'était également toujours au sein des Mutuelles de France, donc, de la même Fédération des Mutuelles de France (FMF).

Lena Warnking 2:46

Si on revient sur votre histoire, est-ce que vous pourriez aussi revenir sur les raisons qui ont mené à la création des œuvres sociales ?

Directeur 2 3:12

Dans [notre département], si vous avez déjà fait un stage vous avez dû vous en rendre compte, que c'est le berceau de la Mutualité. La Mutualité a été créée à un congrès parce que c'était, enfin, ça a toujours été le département le plus mutualisé de France. Alors est-ce que ça l'est toujours maintenant ? Je ne sais pas, mais effectivement, il y a toujours eu cette culture. Pourquoi ? Parce que déjà dans [le département], il y avait énormément d'industries, et notamment le régime minier. Donc avec des besoins de soins importants. Voilà pour l'aspect minier, et puis de beaucoup d'industries de métallurgie, de verrerie et de l'industrie de métiers du textile, et la construction, notamment des métiers.

La première mutuelle, qui est toujours dans notre Union, est centenaire, elle est née en 1918 je crois. Elle est vraiment particulièrement ancienne, c'est une mutuelle d'entreprise. Nous les mutuelles se sont créées pour des besoins simples au départ, c'était de pouvoir enterrer dignement les personnes qui mouraient à l'usine. Les mutuelles se sont créées pour ça, puis, historiquement ont pris en charge des besoins (la Sécurité sociale n'existe pas avant), traditionnellement des besoins qui n'étaient pas accessibles pour des questions financières, donc notamment le dentaire et l'optique.

Mais c'était la même construction, c'est parti des ouvriers des usines de la verrerie notamment, mais aussi de la mutuelle [d'une ville], qui était issue du Comité d'entreprise. C'est le Comité d'entreprise qui a créé la mutuelle.

Sur la partie de la [plaine], on a donc plusieurs mutuelles [dont une mutuelle] issue de deux usines de métallurgie.

Lena Warnking 5:42

D'accord.

Directeur 2 5:59

Et sur [l'autre territoire], il y avait de multiples mutuelles. [Une mutuelle de transports], mais aussi de nombreuses usines intertechniques, de nombreuses usines qui étaient aux alentours. Donc ces quatre mutuelles ont eu besoin pour leurs adhérents de leur donner l'accès à des soins dentaires et optiques, puisque c'étaient des soins qui traditionnellement étaient coûteux, mal remboursés, et auxquels les ouvriers de ces usines, du coup, avaient beaucoup de mal à accéder. Donc notre premier centre dentaire, ça a été en 1971. Dans la même année ou l'année suivante, le centre optique [dans la même ville].

Évidemment, ça a été un combat. La principale avancée, c'est que non seulement on s'engageait à faire des tarifs très bas, puisque le but n'était pas de gagner de l'argent. Le but était d'être non-lucratif, il était uniquement de soigner les gens et de pouvoir leur donner l'accès aux soins, notamment aux adhérents, et surtout avec la pratique du tiers payant. C'est ça qui a complètement révolutionné.

Et en plus, l'autre chose aussi très importante, c'est que l'implantation d'un centre dentaire ou d'un centre optique a eu pour effet immédiat de faire baisser par effet de ricochet les tarifs des concurrents. Il fallait s'adapter : si nous faisions des lunettes à tel prix, il fallait que les autres ne soient pas trop décrochés, ce qui préalablement en fait n'existant pas. Souvent les opticiens ajustaient les tarifs en fonction des remboursements de la complémentaire.

Donc : accès aux soins, tiers payant, et effet sur l'environnement immédiat, au niveau du dentaire aussi on a eu la même observation.

Donc ça a commencé en 1971, alors là, je vais prendre mes anti-sèches, j'ai une frise de la création de nos œuvres.

Lena Warnking 8:55

Ah, parfait !

Directeur 2 9:28

Ensuite en 1982, on a créé le centre optique de [...], en 1983 le centre optique de [...], toujours épaulé par rapport aux besoins de la mutuelle locale. C'est la mutuelle de [...] qui a donc initié, puisqu'à l'époque l'Union n'existant pas. C'était directement la mutuelle qui en était le gestionnaire.

Je crois que nous, on a été créé à peu près dans ces eaux-là. En fait, on est la fusion de plusieurs unions, donc c'est difficile, même pour nous de retrouver la trace exacte de à quel moment on a commencé d'exister, l'Union en tant que telle. C'est pour ça que traditionnellement on dit 1971, parce que finalement c'étaient les mêmes personnes qui ont en fait changé de casquette selon qu'elles étaient sur la complémentaire santé ou sur la gestion du Livre III.

1984, ça a été le centre dentaire de [...], pour les ouvriers du territoire. Après on a fait [...] en 1986, le centre optique de [...] également. Après, ça s'est beaucoup développé, il y en a eu plusieurs. Si vous souhaitez, je vous enverrai la frise si ça vous intéresse.

Lena Warnking 11:02

Oui, avec plaisir.

Directeur 2 11:11

Historiquement, c'étaient vraiment les mutuelles ouvrières qui ont créé notre Union et il se trouve qu'on est certainement une des dernières unions à avoir une spécificité, c'est que l'Union est plus grosse que les mutuelles qui la composent.

Lena Warnking 11:35

D'accord.

Directeur 2 11:36

Parce que du coup, les mutuelles dont je vous parlais existent toujours. Alors la Mutuelle de [...], depuis, a fusionné. Mais du coup c'est assez spécifique, c'est assez original pour nous, parce que du coup l'Union est bien plus importante financièrement, en termes de structure, etc. que trois de nos mutuelles.

Lena Warnking 12:00

D'accord, je comprends. Et maintenant si je ne me trompe pas, vous gérez 6 centres d'optique, 5 centres dentaires et un centre d'audition, c'est ça ?

Directeur 2 12:13

Oui, alors depuis, on en a deux des centres d'audition, et là on va en avoir deux de plus à la rentrée.

Lena Warnking 12:17

Comme vous disiez que vous étiez impliqué dans le passé sur le Livre II, ça m'intéresserait beaucoup aussi de savoir comment selon vous les évolutions réglementaires qu'a connues le Livre II ont pu impacter les structures de Livre III. C'est-à-dire par exemple, comment est-ce que la réglementation (Solvabilité, ANI etc.) a pu avoir un effet sur le Livre III : est-ce que selon vous ça a un effet, est-ce que ça a été cloisonné et c'est resté sur le Livre II, ou est-ce que pour vous c'est lié ?

Directeur 2 12:56

Ben alors, c'est plus ancien que ça. Pour l'avoir vécu, jusqu'en 2000 ou 2002, jusqu'à la parution des directives assurantielles au niveau de l'Union européenne, il n'y avait pas de séparation entre Livre II et Livre III. On était une mutuelle et on pouvait gérer soit du Livre II

soit du Livre III, ou les 2. On pouvait aussi avoir une Union. Hier, j'étais en réunion avec 4 autres mutuelles, et y en avait 3 qui étaient des mutuelles qui n'avaient qu'une seule mutuelle. C'est ce qu'on appelle les mutuelles dédiées. Donc le Livre III était rattaché à une seule mutuelle. Jusqu'en 2000, l'activité était gérée par les mêmes personnes, par la même structure, que soit du Livre II ou du Livre III. Donc ce qui faisait que s'il y avait une activité déséquilibrée, notamment le dentaire pour pas se le cacher, ce n'était pas grave parce qu'il y avait une autre jambe, qui était la complémentaire santé, qui permettait d'équilibrer.

Puis au début des années 2000, avec cette directive assurantielle, l'Union européenne a dit : « la santé, c'est un marché d'assurance, c'est de l'assurance comme n'importe quel autre (assurance, habitation, etc.). C'est le marché de l'assurance santé. » Et donc du coup, il faut l'ouvrir à d'autres entreprises, à d'autres acteurs que les structures mutualistes. Ils l'ont dit sous la pression bien sûr des assureurs et des institutions de prévoyance, parce qu'il n'y avait aucun intérêt. Voilà, ça marchait très bien notre système, comme c'était. Et donc ils ont dit « par contre vous les mutuelles, celles qui gèrent du Livre III, vous me sortez ça et vous créez une structure dédiée, parce que ça n'a aucun rapport et que du coup ça va fausser la concurrence entre les acteurs ». C'est à partir de ce moment-là que la scission s'est faite, je dirais. Les Livres III ont été impactés par l'impossibilité pour les mutuelles de pouvoir financer des déficits des activités de Livre III.

Lena Warnking 15:33

Tout à fait.

Directeur 2 15:35

Ça a été le premier impact, et le plus gros d'ailleurs, et on ne s'en est jamais remis. Enfin énormément de structures de Livre III ne s'en sont jamais remises. Certaines complémentaires santé ont continué d'essayer de financer, elles le pouvaient, mais si elles le faisaient (enfin, il y en a certaines qui le font encore), si elles financent des activités de complémentaire santé, ça veut dire qu'il faut augmenter les cotisations des adhérents et si elles augmentent les cotisations des adhérents, elles ne sont plus concurrentielles, et elles vont perdre des adhérents à cause de la concurrence, etc.

Et donc c'est la spirale infernale dans laquelle on s'est retrouvé, c'est-à-dire tiraillés entre la nécessité de financer des Livres III, qui étaient déficitaires, mais qui rendaient un service indéniable. Je pense notamment aux centres de santé des Bouches-du-Rhône (ex Grand

Conseil). Sans eux, je pense que les habitants des Bouches-du-Rhône... enfin il n'y aurait pas de centre de santé sans eux. C'est le premier acteur sur le département.

Donc ça a vraiment été le premier et le principal problème, principale crise des Livres III. Celles qui ont continué de financer se sont mises en difficulté, et celles qui ne l'ont pas fait, ce sont les Livres III qui ont été en difficulté extrême.

Après, il y avait aussi un autre problème, c'est que la culture militante et syndicale qui est à l'origine de la création de nos mutuelles, les mutuelles de travailleurs, n'était pas vraiment compatible avec la logique d'une gestion économique de marché, on va dire, pour faire court. Ce n'est pas pour dire de méchanceté, mais les gouvernances des Livres III n'étaient pas préparées à une gestion, où il faut gérer la masse salariale, des indicateurs de gestion, des pourcentages de charges, etc... Enfin de la gestion quoi à proprement parler. Ils n'étaient pas préparés : ils étaient militants. Il y en a une partie qui ne le sont toujours pas, ce qui a conduit effectivement à des déficits abyssaux, à des faillites et à des fusions. La technique en mutualité, c'est que si tu vas mal, tu fusionnes avec un plus gros, en espérant que lui, il n'aille pas trop mal. Souvent ce qu'on a fait malheureusement c'est qu'on a fusionné des mutuelles qui allaient mal entre elles ou des Livres III qui allaient mal entre eux, et ça juste fait une mutuelle plus grosse qui allait mal. C'était le principal impact.

Après, euh, on a été euh vraiment impactés dans le secteur optique par les conventionnements alors ça, ça nous a... C'est la MGEN, d'ailleurs qui a lancé ça, donc je pense que, même si pour le coup c'est une vraie mutuelle, qui a des vraies convictions, etc... pour le coup, elle nous a vraiment fait très mal en lançant ce principe de conventionnement en optique et en dentaire. Les assureurs n'avaient pas de réseau, parce que pour nous, c'était relativement facile, on avait un réseau d'opticiens mutualistes, qui s'appelait Mutoptic, qui s'appelait Opticiens Mutualistes. Au moins, nos mutuelles pouvaient s'appuyer sur un réseau, et en fait le premier qui a ouvert, c'est la MGEN qui a ouvert à tous les acteurs libéraux. Ce qui était pour la MGEN une nécessité, certainement, puisqu'ils avaient beaucoup d'adhérents et pas suffisamment de centres optiques mutualistes.

Donc ça, ça a été vraiment les 2 coups : le principal, c'était dans les années 2000. De mémoire, les premiers conventionnements ont dû intervenir dans les années 2005, 2007. Ça s'est assez vite suivi. Et puis après, tous les acteurs de la complémentaire santé se sont rués sur les conventionnements. Après, ça a été Santéclair, qui a fait des conventions non fermées, qui a mis une logique tarifaire, une pression tarifaire sur les opticiens et puis après tous les autres ont suivi.

Et du coup ça ça a été encore accentué par l'ANI, dont vous parlez, puisque du coup, les complémentaires santé devaient présenter, dans le cas de l'ANI, un réseau de soins pour les adhérents de la branche dont ils espéraient obtenir le contrat. C'était quasiment une obligation pour répondre à certains appels d'offres, ou appels d'offres de branches ou autres.

Lena Warnking 20:47

Ce que j'ai noté aussi dans ce que vous avez dit, c'est que ça a aussi eu des impacts, évidemment sur la gestion du Livre III, et aussi sur l'implication et le rôle des dirigeants bénévoles. Ce que vous dites va dans le sens un petit peu d'une professionnalisation des élus aussi ?

Directeur 2 21:09

Alors point de vue complémentaire santé ou point de vue Livre III.

Lena Warnking 21:13

Point de vue Livre III.

Directeur 2 21:15

Point de vue Livre III, alors professionnalisation, c'est moins vrai dans le Livre III que dans le Livre II à mon sens, en tout cas, c'est mon ressenti. Point de vue complémentaire santé, c'est sûr : les contraintes réglementaires de l'ACPR sont terribles. Qu'on gère une complémentaire santé qui a 1000 personnes couvertes ou qu'on gère une banque qui fait 3 milliards de chiffre d'affaires ou 20 milliards, c'est pareil, ce sont quasiment les mêmes obligations, alors à des échelles différentes, mais enfin quand même. Ça a dégoûté, et ça dégoûte toujours les militants qui gèrent les complémentaires santé. Ils ont je ne sais combien, je crois 14 ou 15 rapports par an à rendre. Le côté bénévole est très très difficile à maintenir sur la partie complémentaire santé.

Je n'ai pas la même analyse, en tout cas pour mon Union, sur la partie Livre III. Alors, bien sûr, il y a une nécessité. Celles qui demeurent, on est plus très nombreux. Nous, on a été obligés de s'adapter et de savoir gérer.

Lena Warnking 22:59

Oui.

Directeur 2 23:00

Je ne nous jette pas des fleurs, mais enfin, on est les derniers survivants. On est plus très nombreux. Je crois qu'on est 70, des Livres III en France, et dans les 70... Bon. Au sein des mutuelles de France, on est plus que 10 groupements, donc ça va vite. En général, si on est encore là, c'est qu'on a pris le virage de la gestion. Alors c'est vrai que pour nos élus, ce n'est pas le plus glamour. Quand on leur dit « Ben voilà, une masse salariale trop élevée, comment on va faire », etc.

Il n'empêche que, en tout cas pour mon Union, ils trouvent que c'est beaucoup plus intéressant, et c'est beaucoup plus valorisant. Valorisant de vraiment de permettre l'accès aux soins à une population sur un territoire donné. Nous, on est que sur l'échelle du département et on voit qu'en fait on est un véritable acteur d'aménagement du territoire. Je le dis vraiment avec sincérité, sans vanité. Quand on fait le choix de maintenir, d'implanter ou de développer un centre de santé dentaire, quand on s'inscrit dans un projet de regroupement des professionnels de santé dans le réaménagement d'un ancien hôpital qui était désaffecté, avec un centre d'accueil et de demandeurs d'asile à côté, dans une commune de 3 400 habitants, et qu'on dit « on croit dans le truc, on va vous mettre quatre fauteuils dentaires, on va trouver des dentistes » et bien on permet à ce territoire, à cette commune de demeurer un lieu de vie, pas une ville dortoir. Si les gens trouvent un dentiste, un généraliste, alors ils peuvent rester, ils peuvent vivre et vieillir dans ce village. C'est en ça que je dis qu'il y a cet aspect-là qui plaît à mes administrateurs : ils rendent un service sur un territoire. Même ici, [dans une ville], on est le plus gros centre dentaire et on a 11, 12 dentistes. C'est sûr que si on n'y est pas, les gens trouveront peut-être un dentiste, mais en tout cas, ça mettra un sacré bazar parce que les milliers et milliers de patients qu'on a ne pourront pas être tous absorbés par les dentistes de [la ville].

Lena Warnking 25:54

Bien sûr.

Directeur 2 25:55

Donc, même sur une ville de taille moyenne, on voit que c'est quand même significatif l'impact. Mes administrateurs voient bien cet aspect-là : l'utilité.

Je les épargne en fait assez vite des aspects de gestion. On a un mode opératoire, qui est que chez nous les administrateurs ne se mêlent pas de la gestion du tout. Ils disent : « il y a un directeur, il y a une équipe, le directeur, il gère l'équipe comme il veut. Nous en gros ce qu'on regarde, c'est : est-ce que c'est équilibré, est-ce que ça reste toujours bien dans la philosophie, dans l'éthique, dans les tarifs, etc... dans l'accès aux soins ». Ce sont bien eux qui portent, qui

proposent des projets de développement. Alors souvent, on est en parfait accord, parce qu'on se connaît quand même de très bien. Comme ils ne se mêlent pas de la gestion... alors quand je dis qu'ils ne se mêlent pas, tous les mois, je leur fais quand même un tableau de bord, un récapitulatif, mon président passe toutes les semaines, il est évidemment informé de toute la situation. Je peux leur demander des conseils : « tiens, j'ai un problème de ressources humaines, j'ai cette salariée, il se passe ça, qu'est-ce que tu en penses, qu'est-ce que tu ferais ». Voilà sur des sujets, soit de conseil, soit parce que c'est un peu plus sensible, parce qu'il va y avoir un litige prud'homal ou parce que ça va impacter l'entreprise et là, je vais les informer. Mais sinon au quotidien, ils ne sont pas du tout informés.

On va se cantonner, je dirais, à des informations qui sont au moment des Bureaux, au moment des Conseils d'administration, au moment de l'Assemblée générale. À mon bureau, je fais un récapitulatif d'activité une fois par mois, ce que j'allais faire juste avant notre entretien puisque j'avais un peu de retard, c'est le 9 juillet, je voulais leur faire du premier janvier au 30 juin. Je leur fais chaque mois [le rapport d'activité], je n'y arrive pas tout le temps, mais ils ne m'en veulent pas. On a des tableaux de bord, qui sont très synthétiques, très basiques et ça leur va bien. Donc en ne les mêlant pas plus que ça à la gestion, ils ne sont pas écœurés. Enfin ce n'est pas... Ce n'est pas une question d'être écœurés, mais en fait ce n'est pas leur métier, la gestion.

Lena Warnking 28:23

Oui, d'accord.

Directeur 2 28:24

Mon Président, il travaille et il est ouvrier à la verrerie de [...]. Ce n'est pas moi qui vais lui dire comment il faut faire une bouteille, je n'en sais rien ! Et lui, il ne va pas me dire « ta masse salariale, elle est trop élevée ». Il n'en sait rien, tu vois. C'est chacun son domaine, ce qui va les intéresser, c'est le résultat : est-ce qu'on est équilibré, est-ce que c'est toujours bien dans la philosophie ? Est-ce qu'on peut prévoir des développements ou non ? Est-ce que ça met en danger ou pas, et est-ce qu'on peut porter d'autres projets ?

Depuis peut-être quatre ans, à la sortie du COVID, on a décidé de prendre un peu le contre-pied de ce qui se faisait, de ce qui était recommandé par la Fédération, par les fédérations. Les fédérations recommandaient de développer des centres de santé polyvalents. Voilà, ils disaient : « l'avenir, ce sont les centres de santé polyvalents, donc les centres de santé dentaire, il faut les transformer en polyvalent » On ne nous a jamais montré un modèle équilibré de centre de santé polyvalent.

Nous, on n'est pas très riche, parce que dans les années 1990, on était quasiment en faillite, ce qui nous a obligés d'ailleurs à gérer, à revenir à l'équilibre. Comme on n'a jamais été bien riche, donc du coup on n'a pas de trésor de guerre. Du coup, on a dit qu'on ne peut pas se permettre d'avoir des structures déficitaires sur lesquelles on ne nous présente pas de modèle équilibré ou excédentaire. On a dit « on ne peut pas gérer, c'est comme ça ». Donc on a pris le contre-pied, et on a dit que plutôt que de se lancer vers du polyvalent, qui a plus de sens, parce que finalement, c'est sûr que si tu as des médecins généralistes, dermatologues, gynéco, enfin, tous ces trucs où toutes ces professions qu'il n'y a plus. dans des déserts médicaux, c'est aussi super, c'est encore mieux que des dentistes. Évidemment, l'idée est parfaite. L'idée est évidemment parfaite, louable, éthique, tout ce qu'on veut, mais le modèle économique n'étant pas au rendez-vous, on a dit « on ne peut pas se permettre ». Donc on n'est pas parti là-dedans et on a dit et par contre on aime bien la philosophie de redonner du sens et d'essayer de s'écartez un petit peu purement de la gestion, qui n'est pas facile non plus.

Nous, on s'est dit que nous allons, dans les métiers que nous connaissons, c'est-à-dire le dentaire et l'optique et l'audio demain, essayer d'étendre notre offre, mais d'étendre pas uniquement sur la partie soins. Alors il y a bien sûr la première partie, c'est la partie soins, c'est-à-dire : faire de la prothèse, développer de l'implantologie, développer de la parodontologie, de l'orthodontie, de la pédodontie pour les enfants. Il y a des secteurs dans ce que je vous ai cité qui sont plus ou moins rentables ; la pédodontie ne l'est pas du tout. Mais on a dit ça, ce n'est pas grave, on va pouvoir l'englober quand même. Ça, c'est dans le domaine des soins classiques.

Ensuite, on s'est dit, et c'est parti d'une de nos dentistes qui m'a sollicité pour me dire « mais moi j'aimerais beaucoup soigner des personnes en situation de handicap sévère, ça me plaît ». Et vous savez ce qu'elle m'a dit ? Et là ça m'a fait mal, elle m'a dit « mais vous, vous n'accepterez jamais parce que ce n'est pas rentable ». Ça m'a fait mal. Franchement, ça m'a vraiment piqué au vif, parce que c'était l'image du coup du gestionnaire et uniquement purement du gestionnaire. Et je me suis dit mais en fait elle n'a pas compris que bien sûr, la gestion, c'est indispensable, mais qu'en fait, ce n'est pas ça le cœur, ce n'est pas ça qui nous fait nous lever, tu vois. Du coup, je lui dis « mais bien sûr que si pourquoi vous me dites ça, on va mettre en place. On sait bien que ce n'est pas rentable, mais enfin bon, ça ne va pas couler la boîte si vous en faites ».

Donc on a mis tout un processus en place pour développer les soins aux publics vulnérables. On a signé une convention tripartite avec le réseau santé bucco-dentaire Handicap [de la

région], avec le CHU, avec la dentiste, elle fait des vacations, on a mis en place du MEOPA⁸ pour les enfants en situation de handicap. On a donc le partenariat avec le CHU, ça lui permet de faire des opérations de sous anesthésie générale pour les patients qui ne peuvent pas être suivis en cabinet parce que c'est trop lourd. On a dit « OK une vacation par semaine », donc je crois que c'est le vendredi après-midi. Et elle y trouve du sens, et nous aussi on se dit qu'en fait, c'est aussi un peu notre vocation : à la base, les publics vulnérables, c'étaient les ouvriers. Aujourd'hui, nos ouvriers sont couverts par une complémentaire santé, ils ont accès aux soins dentaires. Il y a pour ceux qui ne peuvent pas être couverts par une complémentaire santé la C2S. Finalement, l'accès aux soins des ouvriers, ils sont moins considérés comme public vulnérable qu'ils ne l'étaient dans les années 1960. Je ne veux pas dire que c'est facile, parce que l'accès aux soins est difficile pour tout le monde. On s'est dit finalement, nos nouveaux publics vulnérables, ce sont plus les ouvriers, c'est d'autres types de populations : les enfants. Aujourd'hui, trouver un dentiste pour un enfant de 3 ans, c'est impossible. Pour les enfants de moins de 10 ans, allez 7-8 ans, ce n'est pas rentable donc personne ne veut les prendre. Donc on va essayer de définir tous les publics vulnérables et on va essayer de voir si dans nos dentistes, il y en a qui sont intéressés par un type de soins. On avait des personnes en situation de handicap sévère. On a développé depuis les personnes qui sont résidentes en EHPAD, donc là, tous les mercredis après-midi, on a un dentiste qui part en EHPAD. Ah j'ai oublié de dire qu'on a créé un poste de médiatrice santé aussi, qui coordonne tout ça.

À la rentrée, j'ai certainement une autre dentiste. Là, on s'insère dans les dispositifs SAS, c'est-à-dire le service d'accès aux soins, pour les urgences non programmées. Et peut-être d'autres types de soins, ça dépendra en fait de la demande de mes dentistes. Là, on parlait avec un de mes jeunes dentistes que ça intéresse, ce sont les personnes en insuffisance rénale sévère, qui passent un temps infini à la dialyse et qui en plus sont détenteurs d'une ALD. Ça cause des problèmes de parodontologie, donc ils nous demandaient si on ne pouvait pas développer pendant qu'ils sont en dialyse des consultations, pour éviter qu'ils passent leur temps chez le dentiste après avoir passé déjà un temps infini sur la dialyse, pour pouvoir leur faire éventuellement des soins paro⁹, etc... Voilà donc sur des thèmes de soins spécifiques, mais toujours dans notre cœur de métier, parce que quelque part, si jamais ça venait à mettre en

⁸ Le Meopa est un gaz médicinal anxiolytique et analgésique utilisé principalement en milieu hospitalier.

⁹Parodontie.

difficulté la structure, on pourrait arrêter cette branche. Je pense que non. D'ailleurs, c'était la discussion que j'avais ce matin avec ma collègue médiatrice santé de faire une comptabilité analytique pour chacun de ces secteurs, pour dire au Conseil d'administration « voilà, on fait des soins spécifiques aux personnes en situation de handicap sévère. Ça nous coûte tant, ça nous rapporte tant, ça génère un résultat déficitaire sur cette activité, mais est-ce qu'il est acceptable ou pas ? Oui, il est acceptable, donc c'est bon ». Tout comme on va faire, je dis n'importe quoi, de la communication dans l'optique : on va considérer qu'on va dépenser par exemple 3 % du budget, on ne sait pas ce que ça rapporte, mais par contre on est sûr de ce que ça coûte. Mais au moins, c'est un budget dédié pour les soins spécifiques. Voilà, et donc ça, c'est pour la partie dentaire.

Pour la partie optique, alors c'est plus compliqué, mais on est en train de travailler sur la basse vision. Là, on a déjà quelqu'un qui fait de la basse vision, beaucoup. Pareil, c'est un service qui n'est pas rentable, seulement ça apporte un service important : des actions de prévention. Pour les aidants et notamment les accompagnants de personnes qui souffrent de mal de basse vision. Dans le futur, on voudrait faire de l'optique en EHPAD, pour que les résidents puissent continuer de voir correctement les photos de leurs petits-enfants, pouvoir lire.

Et j'ai oublié de vous parler aussi de notre médiatrice santé. On est en train de monter des actions de prévention pour les aides-soignantes et les aides à domicile, pour leur apprendre les toilettes bucco-dentaires.

On est plutôt parti sur une horizontalisation de nos activités plutôt que d'en créer des nouvelles qu'on ne va pas maîtriser. Et quand on ne maîtrise pas bien un domaine, on ne sait pas bien le gérer, et si on ne sait pas bien gérer... Alors je ne dis pas qu'on ne fera pas de la médecine générale dans deux ans, je n'en sais rien, si l'occasion se présente et que c'est maîtrisé : oui.

Lena Warnking 38:57

J'allais vous demander, justement. Vous étiez revenu au tout début de notre entretien sur la spécificité de la prise en charge mutualiste du dentaire. Est-ce que vous pensez que tout ce que vous venez de décrire, c'est maintenant la nouvelle spécificité d'une activité dentaire ? Parce que finalement, quand on pense notamment au tiers payant, maintenant, c'est beaucoup plus pratiqué, c'est plus forcément spécifique à la mutualité. Est-ce que vous pensez que justement, ça peut être un levier aussi de renouveler avec les sens mutualistes et de se différencier aussi ?

Directeur 2 39:33

Alors, moi, j'en suis convaincu. Comme je vous l'ai dit, le premier pilier de cette réflexion, c'était cette dentiste. Mais en fait, ça a fait écho à tout le développement concurrentiel des Dentego, Dentilis, Place Dentaire, Dentexia, enfin, de toutes ces enseignes de la financiarisation des centres de santé, pseudo non-lucratifs donc effectivement, c'est ce que je disais : il faut se différencier. La différenciation peut se faire par le fait de développer d'autres spécialités comme la médecine générale, mais elle peut se faire en étant reconnu comme un acteur qui ne fait pas la même chose qu'un Dentego. Moi aujourd'hui, et c'est ce que je vais faire à la rentrée, tous nos projets, le Conseil de l'ordre, l'ARS, sont informés. L'idée c'est d'être vu comme un acteur qui, oui, fait des centres de santé dentaires, qui oui, peut-être il a une logique économique de rentabilité, parce que oui, parce que on ne vit pas que d'amour et d'eau fraîche, mais qui ne fait pas que ça. S'il y a besoin d'intervenir dans un EHPAD, le Conseil de l'ordre peut nous appeler et dire « **[Directeur 2]**, là, écoutez, je suis démarché par tel EHPAD qui a des problèmes, est-ce que vous auriez moyen de... » C'est ce qui s'est passé avec le SAS, le service d'accès aux soins. C'est le Président de l'ordre qui m'a appelé, qui me dit « **[Directeur 2]**, en tant que centre de santé mutualiste, est-ce que vous pourriez essayer de voir comment vous pouvez vous insérer dans le processus ? » Je dis que ça ne va pas se faire tout de suite, mais dans les six prochains mois. Et bien du coup, j'ai une praticienne qui se lance, et à partir de la rentrée, je dois lui faire son avenant à son contrat de travail et elle va faire du SAS et demain peut-être de la PASS. PASS, c'est la permanence d'accès aux soins, notamment pour les SDF, mais aussi pour les personnes qui sont éloignées du soin. Peut-être qu'effectivement, on prendra une vacation de PASS aussi, si j'ai un de mes dentistes qui mord à l'hameçon.

Cette différenciation, pour nous, elle est importante vis-à-vis des acteurs institutionnels, mais elle est aussi importante vis-à-vis de nos équipes, parce qu'on cherche des dentistes, comme toutes les Unions. Mais c'est quoi la différence par rapport à Dentego ou machin ? Tu vois, moi souvent, ils vont me demander. Déjà, on paye un peu moins, donc déjà ça commence mal, mais je leur dis « mais écoutez, vous avez un projet, il y a quelque chose qui vous fait rêver ? » Parce que si c'est juste de gagner 8 000 € par mois, effectivement, vaut mieux que vous alliez travailler là. Enfin moi, je ne vous interdis pas de venir travailler chez nous, au contraire. Mais en fait si vous avez un projet qui vous tient à cœur, sur lequel vous cherchez un peu de sens à votre métier... Parce que souvent, les dentistes, au bout de 15 ans où ils ont taillé des dents et posé des couronnes, qu'ils ont payé la maison et qu'ils ont une belle voiture, éventuellement une résidence secondaire. Bon ben, à un moment, ils se disent « j'ai fait le tour de mon métier, qu'est-ce que je peux faire maintenant ? » Tu veux faire quelque chose en fait, pourquoi tu as

fait médecine ? Parce qu'en général, tu ne fais pas médecine juste pour gagner de l'argent. Tu fais médecine, normalement, pour aider ton prochain, ou parce que tu as été sensibilisé par un contexte familial ou personnel, qui t'a incité. C'est une vocation, normalement.

Lena Warnking 43:06

Oui, tout à fait.

Directeur 2 43:09

Et c'est ça nous ce qu'on essaie de retrouver, on essaie de retrouver cette âme qui ont fait que nos dentistes sont devenus dentistes.

Lena Warnking 43:16

Oui. C'est vraiment passionnant, je n'avais pas vu ça dans mes autres entretiens. Et par rapport à ça aussi pour revenir sur la question justement un peu du paysage, on va dire institutionnel etc... Il y a un besoin en soins dentaires qui est tel qu'en ouvrant un nouveau centre dentaire, en fait en quelques semaines, il aurait des plannings complètement pleins. Mais est-ce que du coup, il y a quand même cette notion de concurrence avec d'autres acteurs, ou est-ce que ça ce n'est pas forcément quelque chose que vous ressentez ?

Directeur 2 43:55

Alors ici, dans le département, pas du tout. Ah non, je vais même vous dire un truc, c'est qu'il y a trois ou quatre ans, il y a un centre qui s'est ouvert en plein centre-ville, sponsorisé par la mairie, enfin bon bref passons, d'une association, qui depuis d'ailleurs a fait faillite. Ils annonçaient qu'ils allaient avoir 25 dentistes etc. Bon, ils n'en ont eu que quelques-uns. Alors on s'est dit « 25 peut-être que ça peut, peut-être, faire un petit peu de mal », mais en fait, on s'est dit que ça va juste nous dégonfler un peu les plannings, et tant mieux au final. Je crois qu'au maximum, ils ont dû en avoir sept ou huit. Et franchement non, ça ne s'est pas senti. Non, nous il n'y a pas du tout du tout, du tout, du tout, de problème de concurrence par rapport aux patients. Le problème, c'est la concurrence par rapport au recrutement.

Lena Warnking 44:44

D'accord.

Directeur 2 44:48

Ça c'est terrible. Maintenant c'est le groupe Ramsay, d'ailleurs qui a repris ce centre. Il ne nous fait pas trop de mal, mais là par exemple, j'étais en discussion avec une dentiste qui travaille dans un centre, nommé Nobel Santé. Bon, ben je ne peux pas m'aligner. Mais à un moment, comme j'ai dit à la dentiste, si vous venez travailler chez nous juste pour l'argent effectivement ce n'est pas l'intérêt, vous trouverez toujours mieux payé. Bon, en l'occurrence, les pratiques étaient peu scrupuleuses, six de leurs centres ont déjà fermé et on se demande comment celui-ci peut encore être ouvert. Mais bon, passons.

Lena Warnking 45:29

Je pense aussi aux autres entretiens. Là, vous dites justement que la pression se ressent plutôt sur la question du recrutement, ça met aussi forcément une pression à la hausse sur la rémunération des dentistes. Est-ce que, en ce sens-là, il pourrait y avoir, alors ce n'est pas obligé d'être le cas, mais est-ce qu'il y a aussi une baisse de votre marge de manœuvre dans le pilotage de l'activité dentaire par exemple. Quand on pense à la masse salariale qui est forcément élevée, avec des tarifs qui sont conventionnés, pas modifiables. Comment est-ce que vous le ressentez ça ?

Directeur 2 46:16

Moi, je dis toujours au dentiste, je dis « combien vous voulez gagner » ? « Combien vous espérez ou combien vous pensez que vous devriez gagner ? » Parce que quand je lui parle de nos pourcentages et qu'il voit qu'ils sont plus bas que ce que propose le reste, je lui dis : mais moi, vous savez, la rémunération que vous espérez, j'ai des dentistes qui la font avec les pourcentages qu'on fait. En fait, c'est une question d'organisation. Je leur dis : moi, vous savez, mes dentistes, le mois dernier pour quelqu'un qui fait 30h, ça devait être au plus bas 15 000 € ou 17 000 € de chiffre d'affaires, ce qui est très bas, à 50 000 € de chiffre d'affaires. Donc je dis « si vous faites 15 000 € de chiffre d'affaires, mais que je vous paye beaucoup plus, vous n'arriverez pas à la rémunération que vous voulez faire. Par contre, si vous êtes bien organisé et si on vous aide à vous organiser pour faire le chiffre d'affaires qui va vous permettre d'avoir la rémunération, c'est possible chez nous, et je vous en apporte la preuve. Je vous mets en contact avec les dentistes, je vous montre la façon dont ils organisent leurs agendas, etc. Je pense qu'en fait la rémunération est un faux problème. Quelque part, c'est la solution de facilité que de dire, « je veux un pourcentage plus élevé ». Si vous donnez 35 % de rémunération à un dentiste qui fait 15 000 € de chiffre d'affaires, son problème c'est l'organisation, pas le pourcentage. Il vaut mieux qu'il fasse 35 000 € de chiffre d'affaires et qu'il soit à 28 % ou à

25 %. Et là, il aura une rémunération, il aura une satisfaction de savoir organiser son entreprise enfin, quelque part son cabinet, et là ce sera mieux. Le pourcentage est un faux problème et j'en suis convaincu. Donc moi, je ne les augmente pas, par contre ils ont des plateaux techniques qui sont toujours modernisés. Je ne suis pas « radin », sur les matériels, sur les contre-angles¹⁰ dans le dos, sur tout ce qu'on veut, les chaînes de stérilisation sont au top, les assistantes dentaires sont performantes.

Ce que nous avons fait depuis les dernières années, c'est que nous avons davantage augmenté les assistantes dentaires et on n'a jamais touché aux rémunérations des dentistes. Comme je vous le disais tout à l'heure, dans l'organisation, l'assistante dentaire, c'est la clé. Si vous avez une assistante dentaire qui vient, qui est en maladie, qui a un machin, qui est là, mais qui n'est pas là, qui traîne les pieds, etc., ça ne sert à rien. Il ne va pas avoir l'impression d'être assisté, il va perdre du temps. S'il perd du temps, il va mettre des durées de rendez-vous qui ne vont pas être adaptées, il va perdre en performance. Mon objectif, c'est de les aider à être le plus performant possible.

Ils travaillent sur 3 ou 4 jours maximum, donc on va les aider à améliorer leurs performances de manière éthique. Comme la dentiste avec qui j'étais en discussion, jusqu'à hier matin, elle voulait qu'on fasse des actes à chaîne à 150 € en plus de l'acte opposable, donc on n'avait pas le droit. Je lui dis mais oui mais je veux bien, mais je n'ai pas le droit, et je ne vais pas mettre en porte-à-faux toute notre structure pour vous faire plaisir. Je n'ai rien à y gagner en plus, je ne suis pas actionnaire, je suis salarié, et mon salaire ne dépend pas de la rentabilité de l'activité. Et puis ce n'est pas ma philosophie de toute façon.

Voilà donc on va plutôt essayer de les aider à la performance, d'avoir des assistants dentaires motivées, bien formées, un accueil, du tiers payant (très important, du tiers payant pour maximiser la concrétisation des plans de traitement qui sont proposés), des tarifs qui ne sont pas trop élevés, et de la qualité. De la qualité dans les soins, de la qualité dans le plateau technique, dans le personnel. Dans l'accueil, c'est le plus difficile : c'est un poste qui n'est vraiment pas facile et c'est la première image du centre. Donc on va davantage travailler là-dessus, et à mon avis, c'est la clé.

¹⁰Composés d'une tête et d'un manche, les **contre-angles** permettent, avec l'ajout d'une fraise ou d'une lime, d'effectuer divers actes et soins **dentaires** comme l'élimination de la dentine, le polissage des dents, la préparation des cavités et couronnes, ainsi que le retrait des obturations existantes.

Mon avis est [qu'il faut de la qualité] dans le management aussi : mes dentistes peuvent taper à ma porte à n'importe quelle heure. Ils ont tous mon numéro de portable pour me dire « il y a un problème ». Normalement, ça ne doit pas arriver parce qu'il y a des responsables dans chaque centre, qui sont d'anciennes assistantes dentaires. Elles vont gérer, pas de manière autoritaire, elles vont essayer de faire comprendre qu'on voudrait bien lui faire plaisir, au dentiste, en lui disant « cette semaine-là, oui, bien sûr, tu peux prendre tes congés ». Or s'il est seul à travailler et qu'on est obligé de fermer le centre, on fait quoi des patients ? « Et puis la fille à l'accueil, on va la payer à rien faire, elle va attendre toute la journée, donc faut que tu te coordonnes avec ton assistant dentaire et éventuellement être la fille de l'accueil, etc.. »

On essaie de les sensibiliser, et ça, c'est quelque chose qu'ils comprennent, parce que dans le libéral, c'est comme ça. Moi, ils me font rire. Les dentistes qui disent « Oh là là, mais moi je veux le libéral, je suis beaucoup plus libre ». Je lui dis « Ah ouais, et quand tu dois prendre des congés, si ton assistante n'est pas d'accord, tu fais quoi ? » Et les assistantes dentaires, c'est pareil, je leur dis « mais attendez, quand vous étiez dans le libéral, vous croyez que si votre dentiste n'avait pas fini à 19h30, vous croyez que vous partiez ? Ben en fait, chez nous, c'est pareil. Si votre dentiste a du retard, il faut rester, parce que dans le libéral vous ne lui diriez pas non. »

Pareil pour les dentistes. Quand ils me disent qu'ils veulent prendre des congés la semaine prochaine, je lui dis « mais attendez, si vous étiez dans le libéral, vous annuleriez tous vos patients la semaine prochaine ? Non ? Vous pouvez poser vos congés comme vous voulez, comme dans le libéral, en tenant compte de vos patients et de votre assistante. » Ils ont l'impression d'être libres en libéral. En fait, ils ont les mêmes contraintes que nous.

Lena Warnking 53:27

Je comprends.

J'y ai repensé, je reviens un tout petit peu en arrière dans notre échange parce que je repense à quelque chose que vous avez dit. Pour être au clair, vous parlez justement du fait que les unions qui restaient, c'est celles qui ont pris le virage de la gestion. Est-ce que vous pourriez revenir là-dessus et me redire aussi concrètement, comment vous l'entendez ? Il faut que je comprenne le périmètre de ce qui a changé.

Directeur 2 53:58

C'est peut-être propre à notre fédération, mais je n'en suis pas sûr. En tout cas, j'ai des exemples très concrets en tête, alors je ne vais peut-être pas pouvoir les citer, de choix d'ouverture de

centre optique ou dentaire pour des questions purement politiques. Ça faisait bien, ou parce que dans telle mairie, il y avait un besoin, etc. sans tenir compte de savoir si ça allait être possible de recruter s'il allait y avoir des patients (enfin pour le dentaire, des patients il y en a partout). Faire un centre de 600 m² dans un endroit paumé et dire que tu vas embaucher 25 dentistes, ce n'est pas vrai, c'est pas possible. Ça n'a pas de sens, ça fait plaisir, mais c'est pas vrai. Ça fait plaisir à nos élus qui vont aller voir le maire en disant « on va vous offrir un truc, vous allez voir, c'est formidable. Vous allez être la capitale du soin du [territoire] ». C'est pas vrai, c'est pas possible en fait ! On a eu des tas de décisions d'ouverture inadaptées, mal réfléchies, et ça a fait beaucoup de mal.

Le tournant de la gestion, c'est la prise en compte qu'on ne fait pas des ouvertures uniquement pour se faire plaisir, mais sur la base d'une étude économique, d'un budget prévisionnel, d'une étude, d'une analyse de la situation, d'un besoin, voilà. Et ça, je pense que c'est la clé.

Et puis, si on n'est pas sûr, il faut pouvoir revenir en arrière. Or quand on a créé un centre de 600 m², qui a coûté 1,5 M€, on a des amortissements pour 10 ans ou 15 ans, donc si jamais on le ferme, ou si jamais il n'est pas rentable, on se tape 150 000 € de déficit par an pendant 10 ans. Et ça, ça fait très très mal. Donc je pense que ce qui a fait le tournant de la gestion, c'est la compréhension par nos élus que ce n'était pas leur métier et qu'on ne faisait pas de la politique. Ce sur quoi on est parfaitement en phase avec notre administration, c'est qu'on va arriver au même but dans la durée, sans être « jusqu'au boutiste ». Je vais vous prendre un exemple : j'ai un élu qui me dit « oui, mais Arnaud, pourquoi on n'est pas ouvert le samedi matin » ? Ben parce qu'en fait, le samedi matin, les dentistes ne veulent pas travailler. « Oh mais il faut les forcer ! » Alors je lui explique que dans un contexte où c'est déjà difficile de recruter, si j'impose aux dentistes le samedi matin, je n'ai pas de dentistes. Ce dentiste va aller travailler à côté. Moi aussi j'aimerais bien qu'on ait des dentistes le samedi matin, alors on en a deux ici mais dans les autres centres, on n'en a pas. Si j'impose aux dentistes de travailler le samedi matin et que finalement, je n'ai pas de dentistes, est-ce que j'ai rendu un meilleur service ou un moins bon service ? C'est une position « jusqu'au boutiste » de dire « c'est le samedi matin, sinon rien ». « Oui, mais t'aurais dû savoir le convaincre », je dis moi, mon métier, c'est de gérer la boîte. Si je te dis que c'est pas possible, c'est que c'est pas possible. Toi, ton métier c'est d'être verrier, c'est de fabriquer des bouteilles ou de fabriquer des brides pour l'industrie nucléaire. Voilà, chacun son métier. Évidemment, ça serait tellement bien, moi aussi j'adorerais. Mais si je fais ça et que j'ai pas de dentiste, j'ai rendu un moins bon service. Donc tes adhérents ils ne vont pas être contents. Et la rentabilité du centre, quand on va faire 300 000 € de chiffre d'affaires en moins, parce qu'un dentiste c'est 300 000 € de chiffre

d'affaires, si tu les as en moins, à la fin, t'auras tout perdu. Donc c'est une question de compromis.

La philosophie de notre fédération, très sociale des fois, elle a besoin de comprendre que le compromis est nécessaire pour arriver au but ultime, qui est de pouvoir soigner plus de gens à la fin, avec une bonne qualité de soins. Ça, c'est vraiment l'explication, la pédagogie qu'on doit faire avec nos élus, nous les gestionnaires.

Ça, c'est le tournant de la gestion. Certains ont des présidents très charismatiques, où ils disent « non, non mais c'est moi qui décide, c'est moi le Président, c'est moi qui décide ». Eh bien en fait, les unions disparaissent. Les choix politiques, quand ils ne sont pas adaptés à des situations économiques à gérer, elles périclitent. Et du coup, à la fin, ils auront rendu un moins bon service à la population, à leurs adhérents, etc.

Lena Warnking 59:32

Oui. Je regarde ma grille, j'essaie de faire un peu attention au temps, aussi parce que je vois qu'on est en train de dépasser légèrement.

Directeur 2 59:56

Non mais c'est bon, attends, je veux juste vérifier.

Lena Warnking 1:00:02

En fait, je crois qu'au niveau de mes questions, je pense que j'ai toutes les réponses qu'il me fallait. C'est vraiment top, vraiment merci. Mais du coup j'allais vous demander : est-ce qu'il y a des choses sur lesquelles je ne vous ai pas questionnées, qui vous semblent vraiment pertinentes, et qu'on n'a pas forcément abordées ?

Directeur 2 1:00:37

La différenciation, j'en ai pas mal parlé. Je pense que c'est la clé de nos structures. Après, il va falloir le faire reconnaître par nos institutions, que soit porté par la voix de nos fédérations.

Il faut faire attention à ne pas se faire non plus enferrer dans une image de dispensaire dont on a eu tant de mal à se détacher.

Après, est-ce que je vois d'autres choses... La différenciation, la problématique de recrutement, l'horizontalisation de nos activités, en tout cas pour ce qui est de notre secteur. L'importance d'avoir bien séparé la gestion du politique.

La motivation. C'est vrai que moi, mes élus, qui sont tous dans les complémentaires santé, ils me disent que les complémentaires santé continuent de vivre pour l'Union, parce qu'ils considèrent que le service le plus important, c'est le service des centres de santé, optiques et dentaires de l'Union.

Non, je crois que ça fait à peu près le tour.

2.3 Entretien avec un Président d'Union d'origine syndicale (Union 1)

Le 22 juillet 2025, 10h.

Lena Warnking 0:23

Pour commencer l'entretien vous seriez d'accord de recommencer par vous présenter, présenter votre parcours au sein de la mutualité ? Ça m'intéresse aussi beaucoup de savoir par quel parcours vous êtes passé.

Président 1 0:39

J'ai une formation, j'ai fait un DUT carrière sociale puisque je ne voulais pas travailler dans le privé, donc pour être animateur. Et puis comme après il y avait trop peu de place comme animateur, j'ai travaillé comme responsable d'animation dans des villages vacances, j'ai été directeur de centres de vacances. Enfin, plutôt de maisons familiales. Après je suis rentré, je travaille à la Fédération des hommes laïcs. Après, j'ai travaillé comme responsable éducatif à la MGEN, donc je suis rentré en Mutualité comme ça, à l'[Union 1], qui regroupait à l'époque toutes les mutuelles, comme conseiller mutualiste chargé de la prévoyance. Et donc quand il y a eu une scission, comme moi, j'étais plutôt très proche des mutuelles de travailleurs, puisque mon père était, on était en CGT, j'ai créé avec l'appui des mutuelles une mutuelle de Prévoyance.

Lena Warnking 2:00

D'accord, vous vous rappelez en quelle année c'était environ ?

Président 1 2:14

1986.

Lena Warnking 2:16

1986, d'accord, c'est pas si c'est pas si vieux finalement.

Président 1 2:21

Non, non, mais les unions départementales existaient bien avant.

Lena Warnking 2:26

Oui, tout à fait.

Président 1 2:28

Et donc j'ai été d'ailleurs administrateur de l'Union départementale de [...], puisque je présidais une petite mutuelle en Savoie. J'ai été pendant très longtemps, je dirais au moins 15 ans, administrateur de l'Union départementale.

Et puis après, au niveau de la mutuelle en prévoyance, il y a une puissance financière, qui n'existe pas dans la mutuelle santé, puisqu'on est obligé d'avoir des réserves très importantes. Pour vous citer un exemple, si quelqu'un est invalide à 40 ans, on est obligé d'avoir 20 ans de réserve pour payer son invalidité. Donc, ça fait des sommes énormes. Elle doit avoir 40 000 000 €, 46 000 000 € de cotisations et au moins 250 000 000 € de réserves. Donc ça veut dire que c'est un bras financier énorme !

Lena Warnking 3:25

Oui, j'imagine.

Président 1 3:27

On a créé plein de structures [(par exemple une union de groupe mutualiste, ...)] pour maintenir une mutualité de proximité. La tendance est à la fusion en Mutualité, puisqu'avant le code en 2002, il y avait 7000 mutuelles, et qu'il doit en rester 400. Puis bon, la réglementation est passée par là et les mutuelles ont beaucoup moins de latitude dans leur gestion qu'avant, elles sont beaucoup plus contraintes.

Je reviens à l'histoire [du département] : c'est la Mutuelle Familiale des Travailleurs [du département] qui avait créé l'[Union 1]. Avec d'autres mutuelles, bien entendu, moi je n'étais pas là pour le voir, mais d'après ce qu'on m'a dit, c'est elle qui était aussi à l'origine de la création de l'[Union 1], et de l'Union [du département voisin], puisque l'idée de la Fédération des mutuelles de travail [actuelle FMF] à l'époque, c'était d'avoir une Union dans chaque département. Donc en général quand il y avait une Union à côté qui existait, c'était cette Union-là qui aidait notre union à se mettre en place.

Lena Warnking 4:49

Tout à fait.

Président 1 5:08

Que dire encore ? À un moment, l'Union était vécue comme une entreprise à part, et on a souhaité que la mutuelle familiale [du département] reprenne les rênes de l'Union, et qu'il y ait

une présidence commune entre l'Union et la mutuelle, pour qu'il y ait une cohérence dans l'offre de soins, etc. Et donc je suis président de l'[Union 1] depuis 2015, date à laquelle j'ai été Président de la Mutuelle de [...], qui est l'ancienne mutuelle familiale [du département]. Elle a d'abord regroupé toutes les mutuelles [du département], puisqu'on avait six ou sept mutuelles. Et puis après, je dirais par capillarité, il y a 24 autres mutuelles qui nous ont rejoints, donc on est présent sur une trentaine de départements.

Ça reste une mutuelle moyenne : quand vous voyez les monstres comme Harmonie, on reste très petits.

Lena Warnking 6:28

Oui, c'est sûr, il y a deux poids deux mesures, c'est vrai.

Président 1 6:34

Voilà.

On fait partie du groupe Entis.

Lena Warnking 6:50

D'accord, aujourd'hui, comment vous résumeriez justement le rôle du groupe ? Est-ce qu'il a évolué, ou comment est-ce que vous le voyez aujourd'hui ?

Président 1 7:04

Dans le groupe, il y a plusieurs structures. On a d'abord une UGM, qui est la structure la plus connue, qui est une Union qui rend des services aux mutuelles. Ça veut dire par exemple qu'il y a un service juridique, un service prévention, un service comptable, etc. Il y a une quinzaine de services, et les mutuelles prennent ce qu'elles veulent, il n'y a pas d'obligation. En général, elles prennent le juridique et le contrôle interne, ce sont les deux services les plus utilisés. Après, on a une UMG, qui est une structure où il y a quatre mutuelles, qui est quelque chose de beaucoup plus prégnant avec une vraie solidarité entre les mutuelles. Et après, on a plein de structures. Par exemple, on a une association de formation, on a une association pour la déduction, on a des CI, on est l'association pour les travailleurs indépendants. Il y a plein de structures qui gravitent. La structure est dédiée à des services aux mutuelles.

Lena Warnking 8:37

C'est intéressant aussi, ce que vous disiez tout à l'heure, parce que j'imagine que c'est des évolutions que vous avez bien connues. Est-ce que vous pourriez revenir, dans l'histoire, sur les évolutions, notamment sur le Livre II et sur le Livre III ? Avec les évolutions réglementaires qu'on a connues, avec la séparation du code, les lois solvabilité... Pour vous, comment est-ce que ça s'est transcrit au sein des unions ?

Président 1 9:06

On a toujours eu la chance jusqu'à ces dernières années d'avoir une Union qui était à l'équilibre. C'était les excédents de la mutuelle qui permettaient la création de centres d'optique, de cabinets dentaires, etc.

En 1986, 1987, la mutuelle a été très en difficulté et il y a eu des problèmes de gouvernance entre l'Union et la mutuelle. Et à partir de ce moment-là, l'Union s'est débrouillée toute seule. On a eu la chance pendant très longtemps d'avoir une Union qui, contrairement à beaucoup d'Union, était relativement autonome en termes de résultats. Elle n'avait pas besoin de l'apport du Livre II, contrairement à d'autres départements où les unions survivaient avec des cotisations très importantes. Pour vous donner une idée, les cotisations dédiées aux unions, c'était des fois 20 % de la cotisation.

Cela faisait que parfois, les mutuelles de Livre II perdaient énormément d'adhérents du fait de cette surcotisation, pour permettre à des unions de survivre. En fait les unions c'est un quasiment un service public financé avec des fonds privés.

Lena Warnking 10:34

Et donc si je comprends bien en fait la spécificité, c'était justement que même avant la séparation du code, l'Union était relativement autonome du fait de cette séparation de la gouvernance, et donc elle a été moins impactée que d'autres unions, de la séparation entre le Livre II et le Livre III ?

Président 1 10:49

Tout à fait. Depuis 1986, l'Union n'avait plus aucune aide de la mutuelle familiale. Donc, l'Union était autonome, avait des résultats très corrects et pouvait faire ses investissements sur ses propres deniers.

Lena Warnking 11:09

Ok, c'est intéressant aussi d'avoir ce point de vue-là. Est-ce que vous pourriez revenir, s'il vous plaît, sur la création d'une activité de soin dentaire ? Je ne sais pas si c'est une de vos premières activités ou si vous aviez commencé, peut-être par de l'optique ou par une autre activité ?

Président 1 11:33

Je crois que les deux ont été quasiment concomitants, à une année près. La mutuelle de travailleurs s'est investie dans la création de centres dentaires et de cabinets d'optique parce que c'était deux activités qui étaient très mal remboursées par la Sécu. Et c'était une manière de permettre aux adhérents de pouvoir accéder à de la lunetterie, parce-qu'à l'époque, c'était beaucoup plus médical que maintenant, et à des soins dentaires avec la pratique du tiers payant, et des coûts mesurés. C'est vrai que, notamment en lunettes, à l'époque les opticiens étaient des petits commerçants, c'était pas comme aujourd'hui où il y a des grands groupes. Quand on s'installait, on était 40 % moins cher que les opticiens privés, donc il y avait un véritable attrait pour la population et les mutualistes de fréquenter les centres d'optique. Pour les pôles dentaires, il en était de même, puisqu'on avait la pratique du tiers payant, qui permettait aux adhérents de ne pas avancer d'argent.

Lena Warnking 12:49

D'accord, très bien. Je ne suis pas au clair là-dessus : est-ce que vous pourriez me rappeler l'ensemble des activités que vous avez actuellement ? Il y a de l'optique, de l'audition, du dentaire, j'imagine. Est-ce que y a aussi d'autres activités ?

Président 1 13:05

Classiquement, on a de l'optique du dentaire, de l'audition. La petite différence en dentaire, c'est qu'on a encore un laboratoire de prothèses, donc on fait 60 à 70 % de nos prothèses [dans le département]. Alors qu'avant, il y avait des laboratoires dans toutes les unions. On doit être une des dernières unions à avoir un laboratoire de prothèses.

On a un centre infirmier, de la SIAD, c'est quand les gens sortent de l'hôpital, pour les accompagner. Donc là on est sous la tutelle de l'ARS. C'est à peu près tout. Là, on est en train de réaliser un centre de santé avec l'agglomération [...]. On aura 6 médecins, des professionnels de santé, avec un financement de l'agglomération parce que ce sont des activités qui sont toujours déficitaires. On a un service d'orthodontie... C'est à peu près tout, si j'oublie rien.

Lena Warnking 14:33

C'est vrai qu'on avait discuté avec [Directeur 1] aussi justement de votre spécificité d'avoir gardé un laboratoire de prothèses. À ce sujet-là aujourd'hui, on connaît quand même beaucoup une exportation de la prothèse. Est-ce que ça vous le ressentez aussi ces tensions-là ?

Président 1 14:58

Ah oui, oui, de toute façon, on essaie de faire diminuer le coût de la prothèse, donc on a, je dirais de manière marginale, mais je sais pas, je pense, ça deviendra de plus en plus important dans les années à venir, un recours à la prothèse fabriquée à l'étranger, oui. C'est une manière de tenter d'équilibrer le dentaire, qui est une activité aujourd'hui plutôt déficitaire.

Lena Warnking 15:25

Oui, c'est vrai que c'était aussi ce qui m'avait étonné. Quand je connaissais moins bien le secteur mutualiste, c'est vrai qu'en fait, c'est presque incohérent parce qu'on voit le besoin qu'il y a en dentaire, et c'est vraiment en creusant qu'on comprend effectivement pourquoi c'est une activité déséquilibrée, mais c'est le cas dans toutes les unions en réalité, c'est...

Président 1 15:50

Non, il y a des unions qui s'en tirent mieux que d'autres. Il y a des unions qui sont à l'équilibre, qui gèrent mieux que d'autres. Il y a par exemple, l'[Union 2] qui est à l'équilibre. C'est une minorité. Je dirais qu'il y a 1/3 à l'équilibre et 2/3 en déficit, mais il y en a qui arrivent à s'en tirer.

En fait, on peut s'en tirer si on arrive à avoir le nombre de dentistes requis. Nous on sait qu'il nous faut 38 dentistes, et là on est à 35 dentistes. On aura forcément un résultat déficitaire supplémentaire.

Lena Warnking 16:34

À ce sujet-là aussi, c'est vrai qu'on voyait au moment de la création des œuvres sociales, une spécificité très forte de l'offre mutualiste, parce que, comme vous l'avez très bien dit, il y avait des coûts vraiment inférieurs, une pratique du tiers payant systématique. Et aujourd'hui c'est moins différenciant, par rapport à d'autres centres de santé qui peuvent également pratiquer le tiers payant, proposer d'être conventionnés en secteur 1 ? Pour vous, il y a aujourd'hui d'autres leviers de différenciation de l'offre mutualiste, comment est-ce que ça se recompose aujourd'hui ?

Président 1 17:22

Par rapport au centre privé ? Disons la concurrence, il y a les dentistes libéraux indépendants. Et puis il y a les centres *low cost* qui ont aujourd’hui très mauvaise réputation parce qu’ils ont pratiqué des arrachages de dents, etc. Et donc aujourd’hui, ils sont quand même dans l’œil de l’ARS.

Non, enfin moi, je pense qu’il n’y a pas... Le problème, c’est d’arriver à avoir le nombre de dentistes suffisant pour équilibrer l’activité, au moins pour que le déficit ne soit pas très important et qu’il permette d’être comblé par d’autres activités comme l’optique et l’audioprothèse. Disons : pour nous, c’est impensable qu’on n’ait pas d’offre dentaire conséquente.

Lena Warnking 18:26

Oui, c’est sûr que c’est une activité sur laquelle il y a encore un besoin qui est énorme. Et justement, on discutait de cette question du recrutement avec [Directeur 2], on discutait du fait que le besoin sur l’activité dentaire était tel qu’on ne pouvait pas vraiment se faire concurrence entre centres, puisque les patients sont très nombreux. Donc on le ressent peut-être plutôt sur le recrutement. Est-ce que vous, vous ressentez peut-être quand même une forme de concurrence, qu’est-ce que c’est votre point de vue, justement par rapport à ça ?

Président 1 19:16

Non, il n’y a pas de concurrence puisqu’on a des listes de patients trop importantes, on peine à prendre les urgences. Je dirais qu’on est plutôt en suractivité.

Lena Warnking 19:27

Est-ce que vous pourriez revenir sur ces évolutions ? Est-ce que pour vous justement, cette activité dentaire est restée la même depuis sa création ? Ça a été lesquelles, les modifications majeures ?

Président 1 19:55

Pour nous, elle est restée quand même quasiment la même. Malheureusement, puisqu’on n’a pas pu prendre place sur l’implantologie, qui permet quand même d’équilibrer l’activité des centres dentaires. On fait trop peu d’implantologie par rapport à ce qu’on fait en omnipraticité. Si on raisonnait en termes de pourcentage d’activité, on a un pourcentage d’activité qui est dérisoire sur l’implantologie par rapport à ce qui se fait en implantologie au niveau national.

L'implantologie, c'est quelque chose qui rapporte de l'argent. Si on avait des dentistes, plus de dentistes qui faisaient de l'implantologie, on aurait forcément un meilleur équilibre.

Lena Warnking 20:27

Je comprends. Je ne me rends pas compte, c'est dû à quoi qu'il n'y ait pas forcément d'implantologie mise en place ?

Président 1 20:58

Bah ça faudrait peut-être demander à des directeurs, parce que moi, je vois ça d'un peu plus loin... mais disons que dans l'implantologie, il y a des risques professionnels pour le dentiste, ça ne marche pas à tous les coups malheureusement. Ceux qui font de l'implantologie le font quasiment à temps plein dans le privé. C'est-à-dire qu'ils abandonnent un peu l'omnipratique, ou ils créent des cabinets. Par exemple, il y a le cabinet avec le docteur B., il fait de l'implantologie. Historiquement, il a pris un jeune dentiste pour faire de l'omnipratique et lui, il fait de l'implantologie.

Et en centre mutualiste, c'est difficile de trouver un dentiste qui va faire que de l'implantologie. S'il veut faire que de l'implantologie, il va s'installer à titre privé, où il gagnera beaucoup plus d'argent.

Lena Warnking 21:59

Effectivement, c'est très intéressant. Je reviens un tout petit peu en arrière parce que ça m'intéresserait beaucoup d'avoir votre point de vue là-dessus : je discutais avec d'autres élus des évolutions réglementaires. Est-ce que sur votre implication en tant qu'élu de la Mutualité, pour vous, ça a eu un impact ? J'imagine peut-être plutôt sur le Livre II que sur le Livre III, est-ce que, en tant que en tant qu'élu, vous avez-vous avez vu les choses changer ? Vous avez vu les sujets que vous traitiez au quotidien changer, comment est-ce que vous le voyez ?

Président 1 22:49

Alors je pense que sur le Livre III, ça n'a pas beaucoup évolué. Je dirais que la réglementation n'a pas changé, sauf peut-être sur des points de détail, mais par contre sur le Livre II effectivement il y a beaucoup de contraintes réglementaires qui contraignent l'activité. Par exemple, il y a la mise en place du 100 % santé, qui fait qu'il n'y a plus de différence dans l'offre des mutuelles.

La mécanique par rapport au Livre III, c'est qu'on a plus le droit de faire ce qu'on faisait avant, de grosses subventions sur les... on peut toujours le faire, mais c'est plus délicat, surtout si c'est la mutuelle est omniprésente dans le Livre II, mais par contre il y a des moyens d'aider : on peut acheter des locaux et les louer à petit prix, on peut faire des prêts, je dirais, avec des taux d'intérêt minima. On peut quand même intervenir pour le Livre III, je dirais, peut-être pas avec la même force qu'avant, mais on peut toujours le faire. Ou pour des mutuelles qui ont une mutuelle sœur qui fait du Livre III, sans passer par une Union, il peut y avoir des sous-facturations au niveau du service comptable. Les services supports peuvent être sous-facturés pour permettre au Livre III d'être à l'équilibre.

Lena Warnking 24:24

Je comprends. Vous parliez des pressions réglementaires sur le Livre II, que les mutuelles maintenant sont obligées de répondre à beaucoup plus de ratio de solvabilité, etc. Est-ce que ça a eu un impact aussi sur votre rôle en tant que bénévole ou pas du tout, comment est-ce que vous le voyez ?

Président 1 24:50

Moi, je n'ai jamais été bénévole, j'étais permanent.

Lena Warnking 24:53

Oui d'accord, au temps pour moi.

Président 1 24:56

Bah en règle générale, il y a peu de bénévoles, les bénévoles, ce sont les administrateurs. Mais les présidents sont permanents.

Lena Warnking 25:02

J'imagine qu'en discutant avec les autres élus, vous avez peut-être vu aussi une évolution de la gouvernance mutualiste ? Est-ce que vous pensez que c'est quelque chose qui est resté très stable au fil du temps, ou est-ce que vous pensez qu'il y a une recomposition des rôles entre la gouvernance salariée et la gouvernance bénévole ?

Président 1 25:38

Alors, le problème de la gouvernance mutualiste remonte à 1986 avec les lois Evin, où il y a eu la mise en place des contrats obligatoires. Petit à petit, la mise en place des contrats obligatoires, ce sont les employeurs qui sont devenus décideurs des complémentaires santé . De ce fait, on a perdu nos militants d'entreprise. Avant, dans une grosse entreprise, le contrat était facultatif. Souvent, il y avait une autre mutuelle en face et en général, c'étaient ces gens-là qui participaient au Conseil d'administration. Du fait de la mise en place de contrats obligatoires, on a perdu tout cet afflux de militants. On n'est pas arrivé à renouveler, aujourd'hui, on n'a toujours pas de solution et donc c'est pour ça qu'on a des Conseils d'administration très vieillissants.

Lena Warnking 26:36

Et justement, je ne sais pas si c'est quelque chose que vous appréhendez, mais est-ce que vous avez identifié des leviers ? Parce que c'est très difficile, je n'ai pas envie de dire recruter, mais d'aller mobiliser d'autres personnes dans la gouvernance.

Président 1 27:05

À mon avis, sur le Livre III, on peut intéresser les gens, parce que c'est quand même une activité qui a un intérêt assez évident. Alors que sur le Livre II, c'est très réglementé, et tout. Même si on essaie de diminuer au maximum, il y a beaucoup de place qui est faite à la partie réglementaire, qui n'intéressera pas forcément les jeunes. Alors que sur le Livre III, il y a des activités qui sont beaucoup plus concrètes et qui peuvent intéresser des gens, et des jeunes notamment.

On fait un gros effort de recrutement. On avait créé des comités d'action mutualistes, ouverts à toute la population. Ça n'a pas été franchement un succès. Enfin, même si ça a été un succès, parce qu'on a du monde quand par exemple, on a le comité d'action mutualiste le 8 mars. On intervient pour le droit des femmes, le Comité fait deux manifestations par an, où à chaque fois, on a une centaine de personnes. On a un comité d'action mutualiste sur l'alimentation, la malbouffe, donc ça permet de brasser, d'avoir des gens. Même si les gens viennent dans ces comités d'action de mutualiste, il y en a peu qui s'investissent après dans les mutuelles.

Lena Warnking 28:37

Oui, je comprends et d'un autre côté, ce sont des sujets passionnants. Est-ce que vous pourriez développer justement quand vous dites qu'il y a beaucoup d'éléments réglementaires sur le Livre II, c'est des rapports de solvabilité ?

Président 1 28:50

Oui, c'est tout ça. Enfin, je veux dire, ce sont les rapports de solvabilité, ce sont les rapports de contrôle interne, d'actuariat, enfin, de tout ce qu'on appelle les fonctions clés. Je crois qu'on a aujourd'hui 70 rapports.

Lena Warnking 29:03

Oui, ça fait beaucoup.

Président 1 29:05

Je ne les connais pas tous, il y a le rapport LGBT, il y a même des rapports sur le blanchiment d'argent, comme si les gens allaient investir dans une complémentaire santé pour blanchir de l'argent. Enfin, y a des choses qui dépassent l'entente.

Lena Warnking 29:23

Et ça, c'est plutôt récent, c'était les années 2000 environ, c'est ça ?

Président 1 29:30

Non mais il y en a chaque année. C'est plutôt l'Europe que la France d'ailleurs en l'occurrence, sont très prolixes pour créer de nouveaux rapports chaque année. On a au moins, je dirais, 1 à 2 nouveaux rapports tous les ans.

Mais après, nous on les passe vite fait, les rapports c'est 5 minutes. On a une technique : on fait, par exemple la veille d'un CA, une journée de formation. Cela permet aux administrateurs, qui sont normalement obligés de faire des formations, d'avoir une formation. Les fonctions clés expliquent leur rapport. Ça permet après en Conseil d'administration de les passer les uns après les autres de manière très rapide.

Lena Warnking 30:33

D'accord. Je pense qu'en fait on a été très complets, non ? J'allais vous demander, est-ce qu'il y a des éléments qui vous paraissent vraiment importants sur lesquels je ne vous ai pas questionné, des choses que dont vous auriez aimé parler ?

Président 1 30:56

Non, pas spécialement.

2.4 Entretien avec un Président d'Union d'origine syndicale (Union 2)

Le 23 juillet 2025, 14h30.

Lena Warnking 0:15

Est-ce que ça vous va si je vous demande de commencer à vous présenter au début de l'entretien, votre parcours et cetera, ça m'intéresse aussi beaucoup.

Président 2 0:24

Je suis dans le système mutualiste depuis 1999. J'ai commencé dans le Livre II, dans une mutuelle complémentaire santé, comme simple administrateur en 2004. J'ai donc pris la présidence de la mutuelle où je suis. En 2010 j'ai commencé à aller aux réunions de l'[Union 2]. Depuis 2014, j'en suis le président, voilà.

Lena Warnking 1:21

D'accord, très bien. Est-ce que vous pourriez revenir si vous êtes d'accord sur l'histoire de la création de l'[Union 2] ?

Président 2 1:35

Oui, oui, parce qu'en plus je vais travailler dessus, puisque je vais faire un livret sur l'Union mutualiste. J'ai fait un livret sur la mutuelle où je suis : la mutuelle a été créée en 1919. C'était un secours mutualiste à ce moment-là, c'était une volonté des salariés de l'usine qui, justement, voulaient se protéger et dans cette continuité, il y a eu la création de plusieurs centres dentaires, optiques... Bon là, on fait de l'audio. Et en 1972, il y a eu la première création d'un centre optique. Après, il y a eu plein de créations et depuis, on continue à gérer toutes ces créations. L'[Union 2] a eu à un moment des difficultés de gestion, donc on avait été aidé par notre Fédération, la Fédération des Mutualités de France, qui était venue épauler et aider, et ça remonte à très vieux. Et depuis bien sûr, on est repartis sur de bonnes bases depuis très longtemps.

L'Union a une conception spécifique, puisque nous avons 4 mutuelles sur [le département]. Et donc ce sont ces quatre mutuelles qui composent le Conseil d'administration de l'Union. On a toujours eu à cœur que nos propres mutuelles de Livre II gèrent le Livre III.

Lena Warnking 3:28

Très bien. Et du coup vous êtes impliqué quand même depuis un bon moment au niveau de l'Union, est-ce que vous pourriez revenir si ça vous va, sur les transformations que vous avez connu dans l'Union au fil du temps ? Qu'est-ce qui, selon vous, a changé ? Qu'est-ce qui est resté globalement identique ?

Président 2 3:50

Ce qui a changé, c'est qu'au départ, on répondait à des besoins des propres adhérents des mutuelles de Livre II. Donc quand on commence à créer des centres optiques ou dentaires, c'est vraiment parce qu'il n'y avait pas de réponse à ce moment-là, dans le département. Ou des réponses qui étaient des réponses de type libéral.

Nous, on avait une réponse à apporter qui soit mutualiste, avec des coûts maîtrisés et qui puisse répondre à la population. Alors après ça s'est agrandi, bien sûr, parce qu'on ne peut pas répondre qu'à nos adhérents, parce que sinon il y a des fois, ça ne pourrait peut-être pas tourner. Et puis ce ne sont pas tous nos adhérents qui viennent non plus. Donc on a répondu à l'ensemble de notre population, pour permettre à des personnes ou des populations qui n'ont pas de trop de moyens d'avoir accès à des soins. Des soins de qualité avec des tarifs maîtrisés.

La transformation qui s'est faite, c'est surtout, si on prend le système dentaire, les évolutions sur les soins qu'on apporte, puisque maintenant, on fait de l'orthodontie, on fait de la parodontie, de l'implantologie, en plus des soins routiniers quand on est obligé de soigner des dents ou quand on est obligé de remplacer des dents. Et puis bien sûr, il y a tout ce qui s'ajoute : des soins bucco-dentaires qui sont plus larges que simplement le problème de la dentition quoi. Et puis, surtout, la prévention parce que la prévention, c'est très important. Il faut que les gens puissent leur proposer de la prévention pour que le préventif évite d'aller jusqu'au soin et que les gens puissent garder le plus longtemps possible leur dentition. Et ça, c'est assez large et ça permet de développer. Et puis après on a aussi les populations qui rencontrent des difficultés à accéder, mais il y a aussi des enfants. Le problème, c'est que les enfants, on les voit souvent arriver tard pour les soins dentaires, ce qui est un grand malheur. Même si on a des dents de lait, on peut avoir des soins ou commencer au moins à mettre en place un certain nombre de choses qui éviteraient justement d'avoir après à les passer vers l'orthodontiste qui est bon, une solution, mais qui est une solution parce qu'on n'a pas pu faire avant certains soins.

Lena Warnking 6:42

Tout à fait. Et ça, je le note bien aussi qu'il y a un changement aussi des populations. J'en discutais justement avec [Directeur 2] qui a dit ça aussi, et c'était très intéressant. Cette

évolution des populations qui étaient le plus dans le besoin sur les soins, notamment dentaires : maintenant ça se tourne plutôt vers les enfants et moins vers d'autres publics. Donc ça c'était très intéressant aussi. Tout à fait.

Président 2 7:16

Oui, et les personnes aussi qui sont en EHPAD. On va faire des soins en EHPAD, et on se rend compte qu'il y a beaucoup de populations en EHPAD qui... bon alors après il y a des problématiques aussi de vieillesse, on comprend bien, mais il y a aussi des problématiques qui sont dues à ce qu'on leur fait manger. Donc il y a aussi la nutrition qui rentre en compte. Il y a beaucoup de choses qui rentrent en compte si on veut que les gens aient une meilleure dentition. Éviter tout ce qui est sucre et autres. On sait très bien que des populations qui n'ont plus de dentier ou de dents ont d'autres problèmes qui s'ajoutent derrière parce qu'ils n'arrivent pas à mâcher comme il faut. Et puis on leur fait souvent après plus que des soupes, si je peux parler comme ça. On a une connexion qui se fait depuis plusieurs années, avec d'autres sujets, comme la nutrition, qui est un autre endroit de qui n'est pas 100 % ce que nous on fait, mais qui est un lien qu'il faut prendre en compte.

Lena Warnking 8:42

Absolument, oui, c'est un déterminant de santé crucial, la nutrition.

C'est peut-être une question naïve aussi, mais justement sur la question de la prévention, c'était une des grandes spécificités de la Mutualité, d'avoir à cœur d'avoir beaucoup d'implication dans la prévention. Est-ce qu'aujourd'hui c'est toujours le cas ? Est-ce que vous pensez que c'est plus difficile de maintenir des activités de prévention ?

Président 2 9:11

La prévention, alors dans les années 1970 quand on a commencé à lancer des centres, on n'était pas tout à fait dans la prévention. On répondait à des besoins de santé primordiaux, puisque l'accès était limité, donc on a agrandi l'accès, les populations ont pu venir.

La prévention s'est révélée par elle-même derrière, puisque quand on s'est aperçu des populations qu'on avait et qui avaient quelques problématiques de santé on, c'est en regardant ça qu'on s'est aperçu qu'il y avait besoin de faire du préventif derrière pour éviter. Donc c'est une des conséquences, même si elle existait avant et qu'elle aurait pu être mise en avant. Pour nous, mutualistes, c'est quelque chose de primordial dans le sens où on ne répond pas

simplement à des soins. On ne fait pas que ça. On répond à d'autres besoins de la population et on prend la réponse dans sa globalité.

Et la prévention entre dans la globalité de la réponse. Elle ne peut pas être indépendante de la réponse, mais elle est obligatoirement dans cette réponse-là qu'on apporte. Il faut qu'on soit moteur. Ce qui nous différencie aussi du système libéral, alors je ne dis pas que dans le système libéral ça n'existe pas, mais ce n'est pas vraiment ce qu'ils mettent en avant dans le système libéral. Ils sont là pour faire du soin, alors que nous, on est là plus largement parce qu'on a des conceptions qui sont différentes. Le système mutualiste depuis sa création, donc il faudra reprendre tout le système mutualiste au total, de sa création qui remonte en 1780, bien avant même, ils répondaient d'abord à des besoins que les gens avaient. Des besoins vitaux, mais qui par la suite ont amené à faire de la prévention sur le dentaire, sur l'optique, et sur plein de choses. Le système mutualiste peut répondre sur énormément de choses. C'est une des choses qui pourraient être mises en avant.

Si ça vous intéresse, je pourrai vous envoyer en PDF le livret que j'ai fait sur la mutuelle et vous verrez, je reprends tout l'ensemble du système mutualiste depuis sa création. Bien sûr, en 1919, je mets la mutuelle à l'intérieur. Je mets aussi les dates par rapport à toutes les lois qui ont été faites, parce que là aussi le problème, c'est que parfois des lois veulent répondre à des besoins en santé, mais parfois elles ne répondent pas véritablement, ou elles répondent plutôt à des besoins financiers qui n'est pas la santé pure.

Si on veut pouvoir accomplir notre mission en tant que prestataire de santé, il faut qu'on ait des moyens à côté qui soient mis. Parce que le système mutualiste dans son ensemble ne peut pas tout financer non plus. On est obligé d'avoir des liens, des financements publics, sans vouloir dire que nous, en tant que privé, on veut du public. Mais comme on est à but non-lucratif, on est bien obligé d'avoir un financement qui arrive d'ailleurs. Même si bien sûr, on est clair : dans le Livre III et le Livre II, même si on fait des bénéfices, c'est réinjecté dans le système, pour développer, pour répondre.

Là où on a développé des centres dentaires ou optiques, et même des centres audio maintenant, ce sont surtout des endroits où les populations en avaient besoin. On ne se met pas dans les quartiers les plus huppés. On se met dans des endroits mixtes, parce qu'il faut qu'il y ait des gens qui aient des moyens pour venir se faire soigner, mais faut aussi qu'il y ait des gens qui ont des problématiques d'accès qui puissent aussi venir se faire soigner. C'est un équilibre à avoir qui est assez difficile parfois.

Lena Warnking 13:17

Bien sûr, mais c'est absolument crucial. Est-ce que je peux vous demander de développer : vous disiez que les lois, elles veulent répondre à un besoin en santé et qu'elles répondent à un besoin financier. Est-ce que vous pourriez développer aussi sur ce côté-là, s'il vous plaît ?

Président 2 13:36

Oui, alors sur des lois qui sont spécifiques Livre III, c'est surtout sur les accès aux soins. Par exemple, on a développé une maison de santé qu'on a fait co-financer par plusieurs mutuelles, dont on est venu se faire cofinancer par la caisse de consignation. Eux, ils sont venus dans un côté financier avec un retour financier.

Donc ça veut dire qu'ils viennent financer, mais ils veulent du retour. Alors c'est très bien : ils apportent un financement au départ, mais au bout d'un certain nombre d'années, ils repartent avec un certain montant que ça leur a rapporté. Alors que nous, quand on finance, on ne cherche pas à avoir un côté financier qui revient.

Pour ce qui est des textes de loi sur le Livre III, on pourrait parler de la loi, dont je ne me rappelle pas le nom, d'Alain Prononcet sur la gestion des centres : un des dentistes doit être la personne référente au sein du centre dentaire et qui aurait un peu le droit de vie et de mort sur un centre dentaire. Je trouve que ce n'est pas très bien quoi en quelque sorte. Je trouve que c'est bien de vouloir mettre de l'éthique, des règles d'hygiène. Dans une entreprise comme nous, dans les centres dentaires, bien sûr que c'est important, c'est même presque obligatoire. Quand on voit en plus les centres dentaires *low cost* qui eux, ne cherchaient qu'à faire du profit avec le moindre investissement dans le centre, oui, je trouve que c'est quand même bien d'avoir un système qui soit... mais bon faut être clair : les textes de loi, souvent ne répondent pas forcément à ça. Les textes de loi, ce qu'ils veulent répondre, c'est soit pour de l'hygiène donc ça bon on peut l'accepter, c'est dans une certaine logique, après il ne faut pas que ça empêche le centre de tourner non plus.

Après il y a des textes qui eux ne répondent que du côté financier. Nous, on est à but non-lucratif, donc le côté financier, on comprend bien, mais bon ça peut arriver que des années, les résultats soient à l'équilibre ou soient peut-être un peu déficitaires, un petit peu avec de l'argent parfois. Mais si c'est de faire de l'argent pour qu'après ils viennent nous taxer derrière et prendre de l'argent qu'on a en plus, ça ne sert pas à grand-chose. Enfin, soyons clairs, on n'est pas là pour ça. Le but premier, que les lois devraient avoir d'abord à regarder, est la réponse en santé qu'on fait aux populations. C'est surtout ça. Ce sont les endroits où ils n'ont pas possibilité d'avoir des réponses. Si on prend la France, il y a plusieurs déserts médicaux, et il faut essayer d'y répondre. Mais quand on veut répondre, il faut aussi des moyens. Il faut la

possibilité de s'installer, mais il faut aussi les moyens. Puis, après la grande difficulté, c'est d'avoir des dentistes. Partout, la problématique, c'est de trouver des dentistes qui puissent venir s'installer et qui acceptent de s'installer. Comme ils sont libres de s'installer où ils veulent, on a une problématique assez dense. Nous on le voit dans [notre département] : on a des endroits où on n'a pas de mal à trouver du monde, et puis quand on veut les envoyer sur un autre centre, qui est dans le même département, mais pas au même endroit, ça peut être difficile. Pour le moment, on n'a pas de difficulté, on est ce qu'il faut, mais bon voilà.

Le dentaire a un problématique, c'est qu'il y a beaucoup de besoins et on n'a pas beaucoup de réponses. Si on avait en suffisance le nombre de dentistes, on pourrait créer d'autres centres dentaires, en sachant qu'il pourrait tourner. Sur [une ville] par exemple, la Mutualité française ferme son centre dentaire, donc toute la population qui allait chez elle se retrouve sans dentiste, et là on les voit arriver. Et nous ? Bah, on est déjà surchargés, on est déjà à bloc. Ça pose des grandes difficultés. Ça veut dire qu'il y a des gens qui ont plus la possibilité d'avoir des soins, et encore quand c'est des soins, ce n'est encore rien. Mais bon, quand ce sont des gens, des enfants, qui étaient en orthodontie et commencent à se faire soigner et puis qu'ils ont plus l'orthodontiste et que c'est fini derrière... Ben qu'est-ce qu'il faut faire là ?

Alors on rencontre les politiques pour essayer de discuter avec eux pour voir comment on peut faire. Alors ils n'ont pas tous les moyens, mais au moins ceux qu'on rencontre, on essaie de voir avec eux comment on peut mettre en place un certain nombre de choses, des plans de développement. Ça demande comme je disais tout à l'heure qu'il y ait des financements qui arrivent et qui ne soient pas simplement des financements avec un but lucratif derrière. Bon, qu'il y ait un retour financier sur l'investissement, c'est normal, mais après que ça s'arrête à un niveau, voilà.

Si on prenait les textes de loi, ils seraient plus sur le côté financier du Livre II. Quand on entend les gens à la télé ou ailleurs qui disent « Bah écoutez, ils ont de l'argent ». Non, on a obligation d'avoir des fonds, ce n'est pas de l'argent, ce sont des fonds qu'on nous a obligés à avoir.

Et pour le Livre III, pour le moment, on n'est pas encore suivi par l'ACPR. Heureusement, parce que sinon on serait déjà dans un système où il faudrait avoir des fonds. Alors je ne dis pas, c'est normal qu'il y ait un certain équilibre. Faut être clair, on ne gère plus les centres comme ça a été géré dans les années 1980. Dans les années 1980, il fallait qu'on puisse répondre à la population et on n'avait pas besoin d'avoir un certain niveau d'argent. Maintenant, il faut quand même qu'il y ait des fonds assez imposants, qui puissent répondre au cas où il y aurait une problématique.

Par exemple, 2020 a été une problématique. 2020 pour les centres dentaires ça a été le pire du pire, soyons clairs, parce qu'on était obligé de soigner avec des restrictions. Par exemple, à ce moment-là, on n'en trouvait plus des masques. Ça a été un grand moment.

Lena Warnking 21:59

Oui, tout à fait. Vous disiez, et c'est intéressant, que dans les années 1980, la gestion était différente et qu'il y avait besoin de moins de fonds. Pour vous, c'est aussi pour faire face justement aux événements type 2020, type COVID, ou est-ce que c'est aussi dû à des investissements plus réguliers qu'il faut faire, par exemple pour le recrutement ou pour l'ouverture de centres qui sont plus coûteux ?

Président 2 22:23

Oui, oui, parce qu'en plus, nous les dentistes qu'on trouve, on a été obligé de revoir depuis des années le côté salaire. Alors bien sûr qu'ils ont un retour sur l'activité, il y a un pourcentage. Et puis il n'y a pas que les métiers dentistes : il y a aussi les centres en eux-mêmes. L'ancien centre par exemple qu'on avait à Savigneux, qui était un centre qui répondait, en soins et en hygiène, il était bon. Le problème, c'est qu'il était plus petit. L'endroit que les gens avaient pour manger, c'était plus petit. Enfin voilà, ça répondait plus aux besoins qu'on pouvait avoir maintenant et surtout à une qualité de standing, façon de parler, une qualité du centre en lui-même. Les gens veulent des centres qui d'extérieur aient quelque chose, et que quand ils arrivent, il faudrait presque qu'ils soient tout le temps neufs, toujours que ça soit plus large, plus spacieux. Et donc c'est aussi ça qui fait qu'on est obligé d'avoir des fonds pour refinancer ces centres ou en financer de nouveaux.

Nous le but n'est pas d'avoir des fonds absolument, mais quand on arrive à avoir des fonds, on les met de côté, on essaie de les faire fructifier et après, on investit dans les centres en place ou autres.

Dans les années 1980 la problématique, c'était de développer un centre. Il fallait trouver un endroit, et même s'il ne correspondait pas, même si c'était au milieu des HLM, si je peux me parler comme ça... Hop, on trouvait un endroit, on l'équipait, on le mettait aux normes pour pouvoir soigner. Et puis voilà, ça partait, les gens ils avaient un soin. Nous, on a encore un centre indépendant, mais il n'y a que lui, et autour, ce sont des bâtiments de logement. Pourtant, les gens y viennent parce que le centre dentaire, on peut le mettre n'importe où. Les gens viennent parce qu'ils ont besoin de se faire soigner. Un centre optique, c'est différent : si on ne le met pas en ville, au milieu des magasins, il aura beaucoup plus de mal tourner.

Aussi, par rapport aux années 1980, quand on développait un centre, ce n'était vraiment une réponse, car il n'y en avait pas beaucoup. Les gens étaient contents qu'il y ait cette réponse faite, pas très loin de chez eux. Aujourd'hui, si on n'est pas comme j'ai dit, avec quelque chose qui, pas qui pète à l'œil, mais qui ressorte, qui soit plus large, plus espacé...

Par exemple, à la commune [...], c'est le dernier centre qu'on a déplacé. Là où il était, il était bien, mais c'était dans une rue en pente qui n'avait pas beaucoup de places de parking à côté. Et puis on ne pouvait pas le développer, on ne pouvait pas faire de nouvelles activités, donc on l'a amené ailleurs, sur un ancien centre hospitalier. On a travaillé avec la mairie et on a tout un panel de choses qui ont été mises en place. Maintenant il faut trouver encore de nouveaux dentistes parce qu'il ne tourne pas à 100 %, mais il a tout ce qu'il faut pour tourner et pour répondre aux besoins de 2025 si on peut parler comme ça.

Lena Warnking 26:42

Je reviens un tout petit peu en arrière, parce que je pense que j'ai moins bien compris. Vous revenez sur un centre où vous aviez eu le cofinancement avec la caisse de consignation, comme vous disiez, qui attendait aussi un retour financier.

Président 2 27:07

La Caisse des dépôts. Excusez-moi, c'est la Caisse des dépôts et consignations.

Lena Warnking 27:09

Caisse des dépôts et consignations, c'est noté. Et justement vous disiez qu'il y avait un retour financier qui était attendu, et ça m'intéresserait de savoir par quel biais ça s'exprimait. Par exemple, est-ce qu'ils avaient des indicateurs de suivi ?

Président 2 27:26

Alors oui, oui, oui, enfin surtout ce qu'ils avaient, c'est qu'eux quand ils ont signé l'accord avec nous, il y avait un pourcentage de retour, qui était quand même assez élevé. Alors on est arrivé à le faire baisser parce qu'ils avaient des demandes élevées par rapport à ce qu'on pouvait faire. Et donc eux en vérité, quand ils sont partis, ils ont calculé le chiffre d'affaires du centre au total, car ils l'avaient, le pourcentage de retour, et la facture qu'ils présentent à la fin, voilà. Mais après, on ne peut pas leur... enfin. Ce que je veux dire par là, c'est qu'ils viennent de financer, donc ils participent au financement. On est tout à fait d'accord avec eux, on est content qu'ils y viennent. Ce que je veux dire par là, c'est que déjà d'une le pourcentage était élevé,

sachant qu'on finance quand même des soins à la population, donc voilà, c'était quand même élevé. Au bout de 10 ans, ils disent « nous on part ». Donc on le savait, ils ne sont pas restés longtemps et ils sont partis. Et puis surtout ils ont des règles alors que je ne peux pas, enfin que je ne détaillerai pas parce que je ne les connais pas toutes, mais je sais qu'ils avaient des règles assez strictes sur le fait de dire « dans le centre faut qu'ils soient comme ça, comme ci... ». Enfin voilà. Et quand on voulait faire quelque chose qui se modifiait à la virgule, il fallait tout de suite les informer et attendre leur retour, donc c'était un peu long. Et puis surtout bon, soyons clair, ce sont vraiment des gestionnaires qui viennent. Ils ne sont pas... alors je comprends qu'ils ne soient pas mutualistes, c'est normal, mais bon, c'est vraiment de la gestion pure. Ce sont des financiers.

C'est bien à la fois qu'ils viennent de participer, mais en même temps faut bien s'attendre à ce qu'il y ait un retour pour leur part et surtout quand ils disent qu'ils partent, ils partent. Quand ils partent et qu'ils revendent leur part, il faut quelqu'un pour racheter, sinon on se retrouve le bec dans l'eau. Si c'est nous qui devons racheter, bon, là on était avec la mutuelle [...], c'est eux qui étaient porteurs du projet en grande partie donc, il a fallu qu'ils rachètent les parts. Ça veut dire que la mutuelle se met dans une... il faut qu'elle prévoie ce rachat parce qu'il y a un montant à donner. Ce n'est pas rien quand on travaille avec eux.

Lena Warnking 29:38

Non mais non, mais je comprends tout à fait le débat, c'est très prégnant au sein du secteur mutualiste. Finalement, en fait, c'est une très bonne chose qu'ils soient venu parce que ça permet aussi d'avoir un centre qui fonctionne bien, ça sert au besoin de la population. Après, évidemment il y a des contraintes en tant que gestionnaire au quotidien. Justement, est-ce que vous, vous percevez peut-être plus de contraintes et moins de marge de manœuvre sur la gestion d'une activité dentaire, ou est-ce que pour vous, du fait du grand besoin qu'il y a en dentaire, ce n'est pas le cas ? Est-ce que vous vous sentez contraint parfois dans la gestion ?

Président 2 30:28

Oui, oui, oui. Alors on a des contraintes que nous-même on se met, puisqu'on veut répondre à des besoins. Mais on a des contraintes réglementaires, qui sont mises en place, qui sont financières. Dans la gestion, si on prend l'exemple de 1980 : une équipe qu'on mettait avec quelqu'un qui s'occupait de la finance ou un trésorier, une personne qui pouvait s'occuper de la gestion en tant que telle des centres, un directeur et un président. Si je fais un gros et si je traduis, ce sont 4-5 personnes qui suffisaient pour faire tourner les centres. Aujourd'hui, on est

obligé d'avoir un peu plus de personnes. Il y a des contrôleurs de gestion, etc., avec des définitions de chaque personne. Ils font un travail reconnu, et bien sûr que je ne dis pas qu'il n'y a pas besoin, mais on est obligé d'étoffer un peu plus les équipes. Ça permet de répondre à certaines demandes, mais ça a aussi une obligation d'avoir des résultats : quand on a des équipes plus importantes au siège, il faut aussi développer plus, avoir plus d'argent qui retourne pour payer rien que les salaires de tout le monde. Ça demande d'avoir une conception des choses qui soit totalement différente de ce que l'on faisait dans les années 1980. Et là il y a des contraintes qui sont assez importantes.

Alors je ne dis pas que dans les années 1980, le suivi n'était pas fait, ce n'est pas vrai. Mais on va dire que comme il y avait moins de contraintes, parfois si les Livres III n'arrivaient pas à avoir un résultat positif, ça n'empêchait pas de travailler avec les Livres II des complémentaires santé, qui puissent mettre un peu la main à la pâte. Aujourd'hui, on pourrait plus parce qu'on est obligé de rendre des comptes plus imposants.

Surtout le traçage de l'argent est une obligation. C'est un peu logique. Tracfin, le système de regard sur « l'argent sale » sur le blanchiment d'argent... je comprends tout à fait. Ils ont raison. Il y a des choses qui ont été mises en place dans une certaine logique, mais des fois ça impacte. Et puis comme je dis, il faut avoir des équipes plus nombreuses. Là, si on part juste avec une équipe comme on était dans les années 1980, on serait dépassé aujourd'hui, on louperait sûrement les choses. Ou alors ça serait d'autres personnes déjà présentes qui seraient obligées de le faire. C'est pour ça qu'il faut avoir plus de personnes. Il doit y avoir sept personnes au moins, qui ne sont rien que dans les bureaux.

Puis il y a le tiers payant aussi, qui prend un temps. C'est une chose que les mutualistes ont développé, le tiers payant. On était les précurseurs du tiers payant. Ça a été une grande bataille, on avait le monde libéral qui menait la vie dure au départ pour que nos centres ne puissent pas tourner. Ils sentaient bien que c'était sur leur propre terrain qu'on travaillait. Le tiers payant, ça a été une grande bataille qu'on a gagnée. Maintenant, je pense que le tiers payant est généralisé de partout, il est même à la Sécurité sociale. C'est une des batailles de la Sécurité sociale.

Sachant qu'en plus, la Sécurité sociale, quand elle a été créée en 1945, il y avait des partis politiques, mais il y avait aussi des mutualistes. Une partie qui était contre et une partie qui était pour. Le système mutualiste a été créé bien avant la Sécurité sociale.

Lena Warnking 35:05

Mais c'est très intéressant. Est-ce que vous seriez d'accord aussi de revenir sur cette opposition, enfin le terme est peut-être un peu fort, sur cette bataille que vous décriviez entre le monde

libéral et les mutualistes qui ont cherché à développer quelque chose de complémentaire, avec une propre de leurs propres spécificités.

Président 2 35:29

Oui, alors déjà la première différence entre les deux, c'est que le monde libéral... bon alors attention, je ne critique pas le monde libéral. Ils ont leurs propres idées, ils avaient la conception de porter des soins, soyons clairs, avec bien sûr un retour financier. Je ne dis pas qu'ils étaient tous comme ça. Il y avait des dentistes qui portaient des soins et qui avaient aussi cette idée d'entraide, de solidarité. Mais c'était surtout normalement pour ça, alors que nous, quand on a développé, c'étaient vraiment des réponses aux besoins de santé des populations avec peu de moyens, des populations ouvrières, ceux qu'on appellerait maintenant les populations de revenu moyen ou modeste, et qu'ils puissent venir se faire soigner avec bien sûr ce retour de soins importants et qu'ils puissent l'avoir.

Quand on a créé nos centres dentaires, les mutuelles qui existaient à ce moment-là sur le secteur payaient des prestations pour que leurs adhérents aient de moins en moins de reste à charge, ils augmentaient la prestation, et plus ils augmentaient la prestation, plus le coût a été élevé. En vérité, dans le monde libéral, ils avaient compris le système : plus ils avaient de retour financier, plus ils augmentaient pour que ça leur revienne à eux. Donc à un moment donné, on a dit « stop, on va arrêter tout ça ». On a regardé si on pouvait créer nous-même nos propres centres, et on a créé nos centres. Comme ça on a dit à nos adhérents « venez dans nos centres, comme ça, le coût qu'on vous rembourse, vous aurez le reste à charge 0 ». Ce n'était pas tout à fait dans cette proportion-là, mais le coût moyen était moins élevé. C'est de là qu'on a commencé à répondre à la population sur des besoins.

Autant dans le dentaire, on ne peut pas répondre à toute la population. On n'a pas assez de dentistes, donc même les dentistes libéraux qui existent, ils répondent avec nous. Le problème, c'est qu'aujourd'hui, quand quelqu'un est en CMU ou quand quelqu'un a une C2S, ils ne le prennent pas. Ils disent « allez dans le centre dentaire mutualiste », parce qu'eux ne veulent pas s'embêter avec ça, alors qu'en vérité, c'est de la population. Ils devraient répondre à ces besoins de population. Il y a beaucoup de dentistes qui ne le font pas, ce que je ne comprends pas. On devrait pouvoir leur dire « il faut que vous preniez, que vous ayez un certain pourcentage de C2S ou de CMU ». Ce n'est pas logique que ça soit nous, ou les centres dentaires de la Sécurité sociale qui soyons obligés de les prendre. Alors je ne dis pas, nous, on prend tout le monde, on n'a pas de problématique par rapport à ça. Mais on voit bien que si on laissait faire ce système-là et qu'il y avait assez de dentistes, le monde libéral récupérerait que des gens aisés ou qui ont

les moyens de payer, et puis nous, on aurait plus que les gens qui sont à la CMU. Et il faut quand même qu'il y ait un retour financier. On ne peut pas simplement être remboursés sur la base, parce que la CMU, c'est que la base. Il faut aussi qu'on ait des gens qui ont les moyens de pouvoir se soigner. C'est ce que je disais tout à l'heure, c'est l'équilibre qu'il faut avoir entre les populations qui ont des besoins et qui n'arrivent pas à se soigner normalement, et des gens qui ont des moyens et qui peuvent se soigner aussi, parce que la réponse qu'on apporte est la même. Elle est de la même qualité que les libéraux.

Après, je ne mets pas en opposition, attention, je dis simplement qu'il faut qu'on ait une complémentarité des deux et que l'on puisse répondre aux besoins de santé de la population dans son ensemble.

Lena Warkking 39:46

Oui, je comprends. Peut-être que je dis une bêtise, mais si justement les mutualistes constataient une « sur-spécialisation » dans la prise en charge justement des personnes qui sont concernées par la CMU, qui ont un faible revenu, il faudrait, si on n'a pas une compensation par des personnes avec peut-être plus de revenus pour financer leurs soins, avoir au moins une reconnaissance d'un point de vue public et avoir les financements de la collectivité en face ?

Président 2 40:21

Oui, ça pourrait. Alors ce n'est même pas que l'État, ça peut être le département, la ville, etc. Le problème c'est qu'il faudrait savoir quand la population vient de quelle ville elle est originaire. Si c'est le département ou la région, c'est moins problématique parce qu'ils sont plus larges. Ou alors puisqu'on paye aussi des impôts, qu'on a un retour sur les impôts. Je pense que c'est très bien qu'on ait des retours financiers ou des avantages, des choses comme ça, mais je trouve que c'est aussi important qu'on n'est pas des dispensaires. On est des centres de santé qui répondent véritablement à des besoins.

Et si on veut développer de nouvelles réponses, on a besoin d'avoir des gens qui ont des moyens. Par exemple, je pense à l'implantologie : ce n'est pas les gens qui ont le moins de moyens qui pourraient répondre à l'implantologie. Bien sûr qu'on essaie de l'ouvrir à tout le monde. Je ne dis pas le contraire, notre but à nous, c'est bien de répondre pour tout le monde. Or quand on développe quelque chose de nouveau, je parle de l'implanto qui est la dernière chose qui a été un petit peu à la mode il y a quelque temps, il faut aussi qu'il y ait des populations qui puissent y arriver. Ce qu'on fait, c'est qu'au départ, on avait des gens aisés qui prenaient l'implantologie, et puis comme on l'a développé et que ça s'est développé de plus en plus,

maintenant des gens qui ont des salaires moyens arrivent à avoir de l'implantologie. Et après, il y a les complémentaires santé, qui complètent. Ce que je veux dire par là, c'est qu'il faut que faut que ça se généralise. Pour que ça se généralise, il faut qu'on ait des populations qui viennent et qui soient aisées. Quand je dis aisées attention, je ne dis pas qu'il faut que ça soit des gens riches ou très riches : des gens riches ce sont des gens qui ont la possibilité de se soigner par leurs salaires, avec leurs complémentaires santé.

Ce que je veux dire : du fait de que ça généralise, tout le monde peut y avoir accès, et ce sont aussi des réponses qui sont apportées qui deviennent normales, pour tout le monde.

Dans nos centres, on a les radios panoramiques. On a pu les financer parce qu'on a justement une diversité de population, et ça nous a permis d'avoir un peu d'argent. Maintenant c'est généralisé dans tous nos centres et c'est en train de se généraliser de partout. Je pense que c'est [un soin] qui, il y a quelques années en arrière, a été réservé qu'à quelques dentistes, et qui maintenant devient généralisé.

Maintenant, on arrive même à avoir des soins, comme la radio panoramique, que les libéraux n'ont pas, parce qu'eux n'investissent pas non plus forcément. Ils investissent dans ce qu'ils sont obligés d'avoir, « la base », enfin un peu plus de la base. Mais voilà, il y a des choses sur lesquelles ils n'investissent pas forcément. Donc nous ça veut dire aussi qu'on a investi à des endroits où les populations ont des choses un peu plus... qui répondent un peu mieux à des besoins.

Alors y a des besoins de santé pour les populations, mais y a aussi des besoins pour les dentistes que nous avons. Quand ils travaillent avec une radio panoramique, c'est une large avancée par rapport à ce qu'ils pouvaient avoir avant. Il y a les sièges sur lesquels ils soignent, avec un certain nombre d'innovations dedans. Il y a plein de choses. Il faut qu'on ait des populations. Par contre ça pourrait être des choses qui soient financées avec un apport de financement par des collectivités. Bien sûr, avec une réponse de santé comme on disait tout à l'heure à l'ensemble de la population, bien sûr. Bon, mais faut que ça soit des apports d'argent, pas avec un retour financier derrière. Que ça soit plutôt de la part de l'argent avec des retours sur des populations.

Lena Warnking 44:54

Tout à fait.

J'ai noté aussi quelque chose dans ce que vous avez dit sur lequel je suis moins au clair. Vous l'avez très bien dit : le but en créant des centres, c'est de répondre à la santé de manière globale et pas uniquement de dispenser des soins. Comment se fait-il justement que la Mutualité ait

souffert, si je peux le dire comme ça, de ce rôle de dispensaire ? Pour vous, c'est dû à quels éléments ?

Président 2 45:24

Par rapport à la Mutualité française ?

Lena Warnking 45:27

Oui, la Mutualité en général. C'est un débat que j'ai vu revenir souvent, que la Mutualité devait faire reconnaître un petit peu sa spécificité et sortir de l'image de dispensaire qu'elle avait.

Président 2 45:38

Oui, alors ça, on est encore obligé de revenir en arrière. C'est le fait que dès le départ, on a été avec des centres pour répondre à des besoins, et donc on ne développait pas forcément les centres, dans le sens où on essayait d'avoir des choses un peu spécifiques, un peu plus. Voilà et ça répondait à des populations. Mais ils n'étaient pas des dispensaires, ce n'étaient pas des populations qui n'avaient pas de moyens. C'étaient des populations qui avaient les moyens qu'elle avait avec les salaires qui étaient payés à ce moment-là, et surtout c'étaient des populations qui n'avaient pas l'information. Aujourd'hui, tout le monde connaît l'information, tout le monde a une complémentaire santé, ça c'est une chose... Enfin, tout le monde, beaucoup de gens, je ne dirais pas tout le monde, c'est vrai que là j'ai été un peu loin. Mais avant ? Ce n'était pas comme ça, avant les gens, ils avaient des salaires qui étaient des salaires qui leur permettaient de vivre, mais qui n'avaient pas forcément une complémentaire santé derrière, une mutuelle qui leur permettait de compléter leurs dépenses. Et donc ça c'est ce qui a fait qu'on a eu beaucoup de gens comme ça au départ, qui sont venus dans le centre. Parce que c'était des centres qui coûtaient... on était... enfin moins cher... je n'aime pas bien dire ce mot, mais on était plus abordable, avec un coût maîtrisé. Ce qui a fait qu'on veut sortir de cette idée, c'est parce que justement on y dit à fait rentrer dedans.

Le monde libéral, qui est en face de nous, nous fait rentrer dans ce système-là en disant « allez chez eux ». C'est ça le côté dispensaire qu'on veut nous faire mettre. La politique en elle-même nous a fait aussi entrer dans ce système-là. Car quand ils classent, quand ils mettaient sur des documents les centres dentaires, il y avait les centres dentaires libéraux et puis il y avait nous avec la Sécurité sociale. Parce que la Sécurité sociale a des centres dentaires et elle est encore plus classée que nous en tant que dispensaire, parce qu'elle fait vraiment, enfin, soyons clair, la Sécurité sociale elle fait vraiment du dispensaire, enfin, si je l'entends comme ça, parce que

ce sont vraiment des gens qui n'ont pas de possibilité, d'aller ailleurs qui vont dans des centres dentaires de la Sécurité sociale.

Et nous, ce qu'on veut, c'est être pas un libéral dans le sens « faire du profit », mais pas être un dispensaire. Nous, on a une réponse alternative à tout ça, qui fait que les gens ont la possibilité de se faire soigner avec des coûts maîtrisés, et surtout qui a été développé par un système mutualiste qui existe depuis 1780 et qui a amené beaucoup d'innovations et qui porte encore beaucoup d'innovations sur tout ce qu'on peut faire, sur tout ce qu'on peut mettre en place et avoir. C'est aussi une problématique, alors moi, je parle côté politique : si on veut vraiment que les populations accèdent à l'ensemble des soins et qu'on veut que toutes les populations, quelles qu'elles soient, puissent se faire soigner, il faut arrêter de classer les centres dentaires, quel que soit le centre dentaire. Il faut que ce soient des centres dentaires qui apportent des soins.

Par exemple, on a un centre dentaire dans le quartier [...] à [...], je ne sais pas si vous le connaissez, mais c'est un quartier qui on va dire, est entre moyens et pauvres. On n'en est pas loin. On s'est mis là justement parce qu'on voulait répondre à cette population, mais on ne s'est pas mis dedans le quartier parce qu'on voulait aussi que l'autre population puisse venir. Donc voilà, on n'en est pas loin, mais on n'est pas franchement dedans, ça permet à l'ensemble des populations de venir se faire soigner. Un libéral ne se serait jamais mis, ni là, ni dans le quartier. Il se serait mis dans un quartier, on va dire qui est plus chic, plus huppé, ou voilà qui apporte un peu plus d'argent. C'est aussi ça la problématique. C'est la même problématique que pour les médecins généralistes ou les spécialistes qui vont s'installer à Nice et ne s'installent pas au milieu des départements où il y a des problématiques de population et de soins. C'est une des problématiques.

Par exemple sur les dentistes, quand on veut les faire venir, ce qu'il faut leur proposer c'est aussi ce qu'il y a comme activité autour, parce qu'ils ont quand même fait des études, et puis ils ne travaillent pas 24h sur 24 donc ils ont besoin de vivre. Aujourd'hui, les seuls qu'on arrive à récupérer de médecins, ils viennent de Roumanie, d'Espagne. Donc, c'est aussi une conséquence : on récupère des dentistes qui viennent d'autres pays et qui malheureusement ne soignent pas dans leur pays, alors ça peut poser aussi des problèmes dans les pays d'où ils viennent, je pense un petit peu à l'Espagne par exemple. Ça amène aussi un nombre de dentistes, faut bien sûr qu'ils parlent français... il y a tout un panel, un processus, mais bon voilà, c'est aussi une des problématiques.

Lena Warnking 51:28

J'étais moins revenue là-dessus, mais c'est une problématique. C'est vrai qu'on en a beaucoup discuté avec [Directeur 2] aussi, justement, de cette problématique de recrutement qui revient sans cesse.

Je regarde en même temps qu'on discute les questions que j'avais. On a fait un très beau tour. Est-ce que pour vous, aujourd'hui, il y aurait un besoin des unions mutualistes spécifiquement sur l'activité dentaire de redévelopper de nouvelles activités, aussi pour se différencier des autres acteurs ? Où est-ce que pour vous c'est moins l'enjeu actuel ?

Président 2 52:14

Si on parle des autres acteurs, qui est le monde libéral, oui, on essaie toujours de se développer. Alors comme je disais, il y a des fois où ils n'investissent pas dans des nouvelles technologies. Nous, ce qu'on cherche surtout ce n'est pas tellement de se développer, d'être différent. Alors bien sûr qu'on est content quand on peut apporter une réponse différente, mais [ce qu'on cherche] c'est de répondre à des besoins. Moi je le dis toujours, on peut apporter ce qu'on veut, on peut amener des choses qui sont peut-être super belles mais qui n'apportent rien de nouveau, ni aux professionnels de santé qui travaillent chez nous, ni à la population. Investir là-dedans, ça ne me sert à rien. Enfin, soyons clair, personnellement, je n'irai pas investir là-dedans. On me dit par contre que les radios panoramiques, ça apporte quelque chose de nouveau pour les patients, et même si ça ne change pas leur façon de faire, ça apporte aussi quelque chose de nouveau pour les professionnels de santé, là il faut essayer de trouver les finances et y aller. Mais ça veut dire aussi que quand on trouve les finances, il faut savoir aussi après qu'il y a un coût et qu'il faut aussi l'entretenir, etc. Mais investir simplement pour se différencier simplement pour dire « j'ai une lampe elle est bleue avec une tête blanche », ça ne sert à rien. Il faut qu'on ait vraiment quelque chose qui réponde à un vrai besoin, soit du professionnel, soit du patient, sinon ça n'a pas d'intérêt de vouloir se différencier.

Grâce en partie, alors il n'y a pas que ça, mais on a aussi une fédération qui derrière nous joue un rôle. Parfois on peut penser qu'on est un peu perdu par rapport à la Fédération, mais je pense que la Fédération joue un rôle aussi sur les Livres III, sur les développements. Alors là on est sur les centres dentaires, ce n'est pas un développement qui est le plus problématique, mais par exemple ce serait un développement sur les centres optiques, ça poserait plus de problèmes, avec toute la concurrence qu'on peut avoir sur les centres optiques. Je pense que si un organisme comme nous, ou autre, n'avait pas de fédération ou n'avait pas une structure derrière pour l'aider, à un moment donné elle serait perdue. On en connaît qui ont des centres, qui sont plus fédérés, mais malheureusement les coûts sont plus élevés parce qu'il faut qu'ils s'achètent

leur matériel sans GIE derrière, donc ça peut être problématique. Il faut aussi qu'on joue collectif en quelque sorte, il faut savoir jouer collectif et faut savoir aussi répondre à des besoins spécifiques.

Mais non, enfin le développement de nouvelles choses, il faut vraiment que ça réponde à quelque chose parce que sinon, comme je le dis, ça ne sert pas à grand-chose.

Lena Warnking 55:26

Non, vous avez raison, c'est passionnant. Alors je pense que moi j'ai fait le tour de mes questions. J'allais peut-être vous poser pour terminer une question plus ouverte : est-ce qu'il y a des choses sur lesquelles peut-être moi je ne vous ai pas questionné, mais qui vous semblent cruciales, ou que vous auriez aimé mentionner ou préciser ?

Président 2 55:51

Non. Je pense qu'on a fait le tour de toutes les problématiques qu'on peut rencontrer. Alors pour des Livres III et puis surtout sur le dentaire, sachant que comme je disais il y a une minute, le dentaire n'est pas la plus problématique des réponses. C'est la plus onéreuse pour nous en investissement, parce qu'il est plus onéreux d'investir dans un nouveau centre dentaire que dans un centre optique ou dans un centre audio. Un centre audio, ça ne demande pas beaucoup de place, on peut s'investir n'importe où. Le matériel non plus n'est pas très cher par rapport au reste. Le centre optique est un peu plus cher, mais moins cher qu'un centre dentaire. Le centre dentaire, c'est ce qu'il y a le plus cher : entre les fauteuils, les matériaux, et bien sûr, les professionnels de santé qu'on est obligés de mettre dedans.

Si on devait parler de l'avenir des centres dentaires, je pense que les centres dentaires vont continuer à exister. Il n'y aura pas de problématique de ce côté-là. Nous, on est en train de développer des centres dentaires dans des centres de santé, et maisons de santé. Développer un centre dentaire tout seul dans un coin s'il n'y a pas autour d'autres activités médicales, je ne parle pas qu'elles soient dans le même bâtiment, mais qu'elles soient au moins autour, ça peut aussi poser des problématiques. On a besoin d'avoir un pôle d'autres personnes, parce qu'il y a des fois où on peut avoir des problématiques dentaires qui sont dues à d'autres maladies et qui ne sont pas forcément dues directement au dentaire (gencives, etc.)

Les centres dentaires ont un avenir. Ce qu'il faut, c'est qu'on trouve des professionnels, mais aussi des financements parce que les complémentaires santé ont de plus en plus de difficultés à survivre. Nous, on arrive encore à faire des cofinancements avec les complémentaires santé, ça veut dire qu'au lieu qu'elles mettent leur argent à la banque qui leur rapporte 2 %, on leur

dit « vous les mettez à l'Union, ça vous rapportera 2 %, mais vous aurez investi dans quelque chose qui rapporte de l'argent et qui, surtout qui rapporte derrière les réponses, une santé ». Pour ce qui est du reste je pense qu'on a fait le tour. Je vous enverrai le livret que j'ai fait.

Lena Warnking 58:44

Oui, avec plaisir !

Président 2 58:52

Vous pourrez voir ce que j'ai travaillé, avec des petites touches d'humour dedans, mais vous verrez que ça répond à des besoins spécifiques, et qu'il y avait eu des évolutions depuis 1850. Les textes de loi qui sont dedans correspondent à des évolutions, qui à la fois peuvent être positives mais bien sûr toutes les lois ont des contraintes, et les contraintes, on les connaît. Mais après tout ce qui est des réponses, dans le sens où ça apporte un plus aux besoins de santé des populations, là on ne peut pas être contre, il faut être porteur.

Pour les centres dentaires, il n'y a pas de problématique. Je pense que les centres dentaires ont largement la possibilité de continuer. Alors bien sûr, faut continuer à trouver des professionnels. Par contre, c'est la grosse difficulté qu'on a, c'est que même s'ils ont enlevé le numerus clausus, le temps que ça arrive, il y en a pour un quelques années. Je pense que ce n'est pas pour tout de suite qu'on aura des nouveaux dentistes.

Lena Warnking 59:52

Oui, il y en a encore pour un petit moment. C'est vraiment passionnant effectivement, si vous êtes d'accord de m'envoyer ce document, je pense que ça va beaucoup m'aider.

Président 2 1:00:06

Oui, pas de problème.

2.5 Entretien avec un Président et une Directrice d'une Mutuelle dédiée d'origine syndicale

Lena Warnking 8:04

Si ça vous va, je peux vous demander de commencer à vous représenter respectivement pour mon entretien : les structures dans lesquelles vous êtes impliqués, depuis combien de temps aussi vous êtes dans le champ de la Mutualité...

Directrice 3 8:26

Je suis Directrice générale de la [Mutuelle dédiée de Livre III]. Donc je suis en poste depuis fin août 2019, j'ai été élue depuis 2015 ou 2016 au sein de la mutuelle de Livre II. Et puis, j'étais invité au sein de la [Mutuelle dédiée] à son Conseil d'administration, donc j'avais déjà une notion, même si c'est complètement différent. Après, une fois qu'on est salarié, le monde peut paraître assez flou quand on est de l'extérieur, même en tant qu'administrateur, des fois le palier peut être un peu grand.

J'ai 6 structures en gestion : 3 centres de santé dentaire et 3 centres optiques, qui sont dans le nord du département. Donc il y a à chaque fois un optique et un dentaire. La structure de l'optique, il y a une seule salariée pour l'instant. On a sur le dentaire aujourd'hui quatre praticiens, quatre assistantes, une secrétaire.

Ensuite dans le centre du département, le plus grand centre dentaire on en est actuellement à six praticiens, six assistantes et une secrétaire, On est en phase d'agrandissement. Les travaux touchent à leur fin, donc d'ici mi-septembre, on aura trois praticiens supplémentaires, trois assistantes et on mettra une personne supplémentaire au secrétariat parce-que là, neuf c'est... déjà six, c'est tendu. Surtout qu'on a une activité d'orthodontie, donc c'est toutes les 10 min, donc des fois c'est assez intense au niveau du secrétariat. On mettra en place une personne à temps partiel sur les moments les plus critiques.

Sur le sud du département on a une structure optique avec deux salariés et une structure dentaire avec deux praticiens, deux assistantes, et en recrutement d'une secrétaire puisqu'on a eu l'acceptation d'une praticienne qui n'était pas trop prévue, donc ça s'est décanté il y a 10 jours. On avait employé une assistante qui faisait du secrétariat en attendant d'avoir une praticienne ou un praticien, ce qui est chose faite. Donc maintenant, le poste est à pourvoir. Et on a un troisième praticien qui arrivera à la rentrée, donc on recherche aussi une assistante dentaire.

Voilà pour le topo des structures, mais je pense qu'on y reviendra peut-être par la suite, selon suivant vos questions, je vais laisser Éric se présenter.

Président 3 11:48

Je suis le Président de la [Mutuelle dédiée] et je suis également le Président de [Livre II] sur la partie complémentaire santé. Mon parcours est lié à l'entreprise où j'étais salarié, d'ailleurs [Directrice 3] y était également, puisqu'on est issus tous les deux de l'entreprise qui est une des entreprises fondatrices de la Mutuelle Familiale des Travailleurs du [département]. On avait également un mandat syndical et de comité d'entreprise au sein de cette entreprise. C'est ce qui nous a vite amenés à fréquenter le parcours mutualiste. Je suis arrivé à [Livre III] en 2011, en tant qu'administrateur. Et puis je suis vite arrivé en tant que trésorier, et puis là, ça doit faire la 4e année où je suis le Président de la Mutuelle. La [Mutuelle dédiée], j'y suis arrivé en 2012 et j'en suis le Président depuis 9 ou 10 ans.

Je suis détaché complètement aujourd'hui, sur les deux structures, en tant que Président, parce que les choses ont tellement évolué. Surtout sur la complémentaire santé avec la réglementation, les choses ont tellement évolué, qu'on s'est rendu compte qu'un président à temps plein, ce n'est pas du luxe. On est souvent sollicité pour beaucoup de choses en termes politiques et en termes de représentation de la Mutuelle sur les territoires. Depuis 2016 maintenant je suis complètement détaché sur les deux structures pour y tenir mon rôle de Président.

Lena Warnking 13:47

Merci. C'est vrai que c'est super intéressant, et vous avez commencé à en reparler... le sens de mon mémoire, c'est aussi j'avais réalisé pendant mon stage à l'UMF73 en mars de l'année dernière une première forme de retranscription de toute l'histoire de l'UMF73, en collaboration avec les élus, et des transformations réglementaires qui sont intervenues. Et c'est vraiment, je pense, l'origine de mon mémoire et c'est aussi un petit peu ce que j'ai envie d'aller, d'aller creuser aussi. Ça va dans ce sens-là en fait. Quelles ont été justement ces transformations réglementaires et quels en ont été les effets sur la gestion d'un Livre III. Ça m'intéresse beaucoup, si vous êtes d'accord de recommencer par me présenter l'histoire de la création de la structure.

Président 3 14:41

En parallèle, je vous enverrai aussi par rapport au Livre III le dernier article qu'on a fait passer dans notre journal Bonne santé, où justement on retrace l'histoire de la création, puisque nos premières œuvres sociales ont 40 ans cette année. Donc comme ça, vous aurez le la retranscription. Et puis je verrai s'il y a d'autres documents que je pourrais vous envoyer comme ça. Vous aurez l'historique en plus sur la partie réglementaire et compagnie. Mais si je prends l'origine de la création de nos mutuelles, puisque même si aujourd'hui c'est deux structures, auparavant il y avait une seule et même structure qui était la Mutuelle Familiale des Travailleurs du [département], qui a été créée en 1968. Alors je le dis à chaque fois non pas dû au mouvement de mai 68, mais surtout dû à la réglementation, aux premières réglementations avec la segmentation de la Sécurité sociale par les ordonnances De Gaulle en 1967 qui ont fait que les ouvriers de l'entreprise air équipement ont su que la Sécurité sociale ne remplirait pas le rôle qui lui était destiné à sa création. En 1968, ils ont fait ce choix de créer la Mutuelle Familiale des Travailleurs du [département] pour justement compléter ce que la Sécurité sociale ne rembourserait pas aux assurés sociaux. En premier lieu, ça a été une mutuelle d'entreprise où étaient adhérents les salariés de l'entreprise. Elle s'est vite développée sur de l'interprofessionnel pour couvrir l'ensemble des assurés sociaux et des travailleurs qu'il pouvait y avoir sur le [département]. Pour l'anecdote, beaucoup ont ce lien avec la Mutuelle Familiale de Paris, qui était la Mutuelle des Travailleurs de la Métallurgie. À l'époque de la création en 1968 de la Mutuelle Familiale des Travailleurs du [département], la Mutuelle Familiale des Travailleurs de Paris a déversé une partie de ses adhérents du [département] dans le portefeuille de la Mutuelle Familiale des Travailleurs du [département], ce qui lui permettait d'avoir des premiers adhérents, et après pouvoir créer son développement autour des entreprises qui étaient sur le territoire, alors, beaucoup en individuel. On ne parlait pas encore à cette époque-ci des contrats obligatoires, mais c'était beaucoup d'individuels.

Aujourd'hui avec les différentes réglementations, l'ANI en particulier en 2016, on est dans la situation où, au [Livre II] on a 50 % de contrats individuels, 50 % de contrats d'entreprise, donc de contrats collectifs. La réglementation a fait évoluer les choses en dans ce sens-là.

En 1985, le Conseil d'administration et l'Assemblée générale de la Mutuelle Familiale des Travailleurs du [département] ont pris la décision de créer des œuvres sanitaires et sociales. Un centre dentaire et un centre optique, ça a été les premières créations. Par la suite, il y a eu en 1995 les mêmes créations. La création de ces œuvres sociales ne s'est pas faite que par la Mutuelle Familiale des Travailleurs du [département], il y a eu aussi des entreprises, qui ont participé au financement de la création de ces premières œuvres sociales. Il y avait vraiment une coopération entre plusieurs acteurs du territoire pour cette création.

Au-delà du fait de répondre à un besoin des assurés sociaux, puisqu'on était sur les prémisses des dépassements d'honoraires avec la première réglementation de Balladur, qui a validé la mise en place du secteur 2 pour les praticiens. Au-delà de répondre à ce sujet des dépassements d'honoraires, c'était là aussi pour répondre à une exclusion de la part de la FNMF de tous les adhérents qui étaient adhérents FMF ou affiliés aux deux fédérations. Elles avaient l'interdiction de fréquenter toutes les offres sanitaires et sociales de la FNMF. D'où l'objectif pour la Mutuelle Familiale des Travailleurs du [département] de créer ses œuvres sociales pour que ses adhérents, et même au-delà les assurés sociaux, puissent être puissent avoir des structures mutualistes de soins pour répondre à leurs besoins.

Quand on suit cette chronologie : 1985, 1995 pour la suite des créations, et 2002 les directives européennes qui par... je vais je vais faire exprès d'utiliser ce terme-là, par loyauté envers les assureurs privés ont pris cette décision de séparer les deux activités, donc l'activité complémentaire santé, l'activité sanitaire et sociale, sous prétexte que les mutuelles avaient une concurrence déloyale vis-à-vis des assureurs, puisqu'on proposait la couverture en complémentaire santé mais également l'offre de soins à travers les offres sanitaires et sociales. Ça ne plaisait pas aux assureurs. Ce furent les premières directives européennes en 2002 qui décidèrent de séparer ces deux structures.

C'est donc en 2003 que le Conseil d'administration et l'Assemblée générale ont séparé les deux activités. C'est là qu'il y a eu la création de la [Mutuelle dédiée]. La structure est arrivée en 2003 avec son agrément, avec toutes les déclarations nécessaires pour répondre à la création de la structure.

L'impact de cette réglementation... alors même si aujourd'hui beaucoup disent que ça n'a pas... les œuvres sanitaires et sociales mutualistes, elles répondent à un besoin de santé de tous les assurés sociaux. Et puis d'autant plus qu'on est conventionné secteur 1 et on est conventionné avec la CPAM. Tous les assurés sociaux bénéficient de nos œuvres sanitaires et sociales. Mais pour autant, cette séparation entre les deux structures a fait que l'implication des adhérents de la mutuelle est moins importante aujourd'hui dans les structures sanitaires et sociales par rapport à ce qu'elle pouvait l'être auparavant. Les adhérents de la complémentaire santé savaient qu'à travers leur cotisation ils œuvraient à la création d'œuvres sanitaires et sociales, et donc ils savaient qu'ils pouvaient en bénéficier. C'était leur création, donc tout naturellement ils fréquentaient les centres dentaires comme les centres optiques. Aujourd'hui, on le constate un peu moins sur les centres dentaires, parce qu'aujourd'hui, avec la désertification médicale, avec neuf praticiens qu'on va avoir en fin d'année, on répond à une demande des assurés sociaux. On ne peine pas à avoir des patients dans nos centres dentaires, ça ce n'est pas un problème. Par

contre, sur les centres optiques, aujourd'hui ça devient compliqué, puisqu'en plus on a marchandisé. L'optique est devenue...

Directrice 3 22:43

Un commerce.

Président 3 22:51

...un objet de commerce. Aujourd'hui, les adhérents, comme ils n'ont pas cette notion d'adhésion à la mutuelle, vont chez n'importe quel opticien et ils ont complètement déserté nos œuvres optiques. Je pense que si on balaye toute l'offre mutualiste en optique, on est dans la même situation dans chacune des mutuelles. La séparation des deux Livres a fait ce mal aujourd'hui sur la structure.

Directrice 3

C'est ce qui était ce qui était voulu.

Président 3

Oui, ce qui était voulu de toute façon. On le sait. Dans toutes les lectures qu'on peut qu'on peut avoir, le mouvement mutualiste était rapproché du mouvement syndical et de défense... Alors le mouvement mutualiste ouvrier, puisqu'on n'oublie pas que la FNMF a toujours été contre la création de la Sécurité sociale, alors que les mutuelles ouvrières, à travers la FMF, ont toujours été dans la défense de la Sécurité sociale. Nous, on le dit souvent : on existe par défaut. La complémentaire santé, on existe par défaut puisque la Sécu ne répond pas à sa tâche primaire. Par contre, il est bien évident que les mutuelles ont leur rôle en termes de prévention, en termes d'éducation populaire et en termes d'œuvres sanitaires et sociales. C'est là le rôle que la mutuelle doit jouer, et c'est là-dessus justement que la réglementation a fait en sorte de nous fragiliser en nous séparant et en créant des réglementations de plus en plus importantes pour nous fragiliser et faire en sorte qu'on ne tienne plus le rôle qu'on doit tenir auprès des assurés sociaux.

Alors après sur la partie œuvre sanitaire et sociale. Il y a eu des évolutions réglementaires, comme les dernières, mais ça a été surtout lié à tout l'effet médiatique qu'il y a eu sur les centres de santé, où finalement on nous a demandé de refaire les agréments auprès des ARS sur l'année 2022-2023. Il a fallu renouveler les agréments, chose que l'on faisait déjà. On a toujours respecté les demandes. Il y a eu la création des ARS. Ça, ça a été une des réglementations qui a quand même beaucoup chamboulé nos œuvres sanitaires et sociales. Il fallait tout reprendre

avec l'ensemble des éléments qui font fonctionner nos offres sanitaires et sociales, ça a été assez compliqué. Ça a été une des réglementations assez lourde.

Directrice 3 25:30

Il y a des structures qui n'ont pas souhaité refaire toute la documentation et qui ont préféré fermer parce que trop intense. Il fallait du temps pour faire tout ça. Donc certaines structures ont préféré les fermer.

Président 3 25:52

Les ARS ne donnent pas le même niveau d'exigence ou le même niveau de réponse selon la région où on se trouve. C'est assez frustrant et assez compliqué pour les structures. Nous, on sait que sur le département, ça a été assez compliqué parce qu'ils ont été assez exigeants en termes de réglementation.

Directrice 3 26:29

En fait, ils ont été au-delà du décret.

Président 3 26:29

Oui, au-delà de la réglementation, alors que des structures sur d'autres régions, si on prend sur nos amis [d'un autre département], ils ont fait tout leur dossier sans grandes exigences, ils ont respecté le cahier des charges de la réglementation et l'ARS n'a pas été plus exigeante que ça. D'ailleurs, elle n'a jamais fait de retour à l'Union sur cette question-là.

Une petite particularité. J'y pense parce que vous parlez de l'UMF73. La [structure] n'est pas n'est pas dans une Union. Nous on est en mutuelle, il n'y a pas d'union de mutuelles à travers nos œuvres sanitaires et sociales.

Lena Warnking 27:30

Je comprends. Est-ce que je peux vous demander aussi de développer. Vous disiez justement que en tout cas sur votre département, l'ARS est allée au-delà du décret, ça s'est traduit comment pour vous concrètement ?

Directrice 3 27:43

Dans le décret, il était stipulé de re-fournir les fournisseurs, par exemple les DASRI, les déchets à l'aide-soignant pour risques infectieux. On doit-on doit avoir le contrat.

Par exemple, dans l'[Union 2], le directeur n'étant pas là à l'origine des contrats a fourni [les bordereaux]. En fait, toutes les semaines quand la personne arrive pour enlever les DASRI, on a des bordereaux de traçabilité. J'avais fait la même chose puisque je n'étais pas là à l'origine : en 1985 je n'étais pas là, et l'historique a fait que nous n'avons pu, ni en papier, ni de traces scannées, retrouver les contrats. Donc ils m'ont refusé la traçabilité qu'on avait, et ils nous ont demandé de refaire tous les contrats.

La chose la plus improbable, c'est qu'il nous a demandé de lui fournir un contrat avec le prothésiste dentaire, qui à ce jour n'est pas du tout obligatoire. C'est un tarif qui est défini entre le prothésiste et la structure. On définit un tarif, mais il n'y a aucun contrat qui est contractuel entre la structure. Du jour au lendemain on peut partir si on n'est plus content ou pour diverses raisons, après un délai raisonnable de prévenance. Mais voilà, c'est le genre de chose qui n'est pas du tout demandé dans le décret, et qu'il nous a demandé.

Il a même été nous demander... on a rempli une fiche, le [Président 3] et moi-même, en mettant nos conjoints.

Président 3 29:56

C'est sur la question du conflit d'intérêts, pour être certain qu'aucune personne qui gravite autour de nous en structure familiale, qu'il n'y ait pas de lien entre notre structure mutualiste et des structures avec laquelle la mutuelle pourrait avoir un lien d'intérêt.

Directrice 3 29:56

Faire du détournement, de l'abus de biens sociaux...

Quoi qu'il en soit, ils nous ont demandé ça, chose à laquelle on avait répondu, et il m'a dit « faut compléter » parce-que vous pouvez cacher notamment avec le Prothésiste un lien. Alors qu'on avait tout rempli dans la fiche, il m'a dit oui, mais il faudra me fournir un contrat, ce que je n'ai pas fait. Je n'en ai pas. Ni le prothésiste, ni moi-même, nous n'avions envie de faire un contrat, parce qu'il faut passer devant un juriste. On ne peut pas écrire un contrat comme ça, sur un bout de feuille...

Pour ça, il nous avait... je me rappellerai, parce qu'il nous a refusé un vendredi soir à 17h00 l'agrément provisoire parce qu'on n'avait pas tous les contrats. Alors que vous voyez, dans l'[Union 2], il a fourni que des factures de ses DASRI et les traçabilités du transporteur, et tout est passé. Voilà, c'est deux poids deux mesures, ça dépend des ARS.

Il y a des ARS qui sont assez tranchantes, comme celle dans le PACA qui est connue d'ailleurs, c'est la plus drastique qui existe. Elle a même dernièrement refusé sur des instruments de mettre

des bagues parce qu'elle estimait qu'il y avait un risque potentiel de contamination de bactéries qui se coincent. Je ne sais pas si vous voyez : sur les instruments, les praticiens mettent des petites bagues en caoutchouc de couleur pour les reconnaître suivant les praticiens. Et bien ça, elle a jugé sans expertise que c'était une rétention de bactéries, alors que rien n'a été prouvé. Les vendeurs de ces bagues se battent en disant « non, ce n'est pas vrai, il y a aucune étude qui prouve quoi que ce soit ». C'est une [réforme??] pharmaciennne, qui devrait être la réforme nationale. On n'a pas fini d'entendre parler.

Lena Warnking 32:47

D'accord, et vous disiez justement que cette évolution de la relation à l'ARS c'est vraiment pour vous les années 2022-2023, ou est-ce que c'est quand même plus vieux que ça ?

Président 3 33:07

Non, les relations avec l'ARS c'était vraiment dès qu'il y avait création d'un centre de santé ou modification du programme de santé. Puisque quand on ouvre un centre il faut fournir le programme de santé, avec les horaires d'ouverture, les praticiens qu'on peut avoir, les choses comme ça. C'étaient les documents qu'on devait leur fournir quand on ouvrait un centre : c'était surtout de présenter les plans pour savoir si ça correspondait bien aux normes qu'il fallait avoir pour le passage des patients, le passage du matériel à désinfecter et des choses comme ça. C'étaient vraiment les seules relations qu'il pouvait y avoir avec l'ARS.

Aujourd'hui, elles deviennent de plus en plus importantes. Je le compare souvent avec la complémentaire santé, où à un moment donné, le ministère nous a mis l'ACPR pour dire « je ne traiterai pas le sujet de la complémentaire santé, c'est l'ACPR qui va le traiter ». En 2022-2023, le gouvernement a fait la même chose en mettant plus de pouvoir à l'ARS sur les centres de santé.

Sur les sujets de santé on sait pertinemment qu'il y a eu des centres de santé qui ont fait beaucoup de mal aux patients et au modèle des centres de santé. J'aime à rappeler quand même que les modèles de centres de santé qui sont les plus incriminés, ce sont quand même les modèles de centre en coopération avec des médecins libéraux. Donc à un moment donné, il faudrait peut-être creuser un peu plus le sujet. Souvent je prends en référence Madame Lucet pour dire que quand elle fait ses études, ça serait bien qu'elle aille au bout du sujet, qu'elle explique bien comment ça se passe

Toute cette réglementation, les ARS aujourd'hui deviennent notre contrôleur, pour nos centres de santé. Par contre, à aucun moment on ne leur demande d'être les contrôleurs des médecins

libéraux. Comme je disais tout à l'heure, il y avait la question de la concurrence déloyale ; là, il y a un problème de loyauté entre les centres de santé et les médecins libéraux.

Aujourd'hui, même sur les questions de recrutement d'un chirurgien-dentiste, avant l'ARS n'avait pas du tout connaissance de nos recrutements. C'était essentiellement le Conseil de l'ordre auprès de qui on se tournait pour la validation de nos praticiens étrangers, quand ils venaient en France. Aujourd'hui, on se retrouve dans la situation où même l'ARS on doit leur transmettre tous les documents nécessaires au recrutement de nos dentistes.

Directrice 3 35:52

Et ça va même plus loin puisque là, ils ont été jusqu'à nous demander des numéros de professionnels de santé des assistants dentaires. Il faut savoir que la législation a changé : en 2019, les assistants dentaires sont devenus professionnels de santé. Il était prévu aussi qu'il y ait un programme de formation, qui n'a jamais vu le jour depuis 2019. On est censé former avec des DPC (des développements professionnels continus), les assistantes dentaires. À ce jour, il n'existe rien, aucun programme, aucun DPC spécifique à l'assistanat. Donc ce qu'on fait de nous, c'est qu'on fait ce qui est réglementaire : l'hygiène, la stérilisation tous les trois ans, les AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence).

On fait le strict minimum auquel on a accès. Il est prévu une évolution des assistantes dentaires niveau 2, qui était censée voir le jour à la rentrée cette année. Pareil, on n'est pas du tout dans le *timing*, on ne sait pas du tout ce qu'il en est. Les assistantes qui ont plus de deux ans d'expérience pourraient prétendre à ce diplôme, qui donnerait lieu... alors la directive était à la fois assez floue et assez concrète... normalement de pouvoir prendre des clichés. Ce qui, entre nous, se fait aujourd'hui dans le libéral : c'est l'assistante qui appuie sur le bouton, ce qui est complètement interdit. La prise d'empreinte, on sait que dans les grands centres parisiens, on en connaît quelques-uns, c'est l'assistante qui prend l'empreinte alginate ou numérique. On a également diverses choses. Donc là, le programme avait été établi de façon que les Assistantes reprennent en fac de médecine un cursus de d'une année complète, alternée entre cours et au fauteuil, pour pouvoir faire des détartrages, de la prise d'empreinte, de la radio. Tout ça serait encadré bien évidemment sous la tutelle d'un praticien, mais on n'a encore pas tous les tenants et les aboutissants. Et ce qu'on n'a toujours pas non plus, c'est le modèle de financement. Comment tout ça va tourner ? Qui va financer ? Les structures telles que les nôtres seront dans l'incapacité de pouvoir libérer une assistante en cours, de recruter quelqu'un parce qu'il faut quelqu'un au fauteuil, donc comment est articulée la chose ?

Président 3 39:06

Et puis ça remet en question le modèle mutualiste aujourd'hui, qu'on peut avoir. Notre modèle mutualiste a toujours été basé sur le fait d'avoir un praticien et une assistante : c'est du travail à quatre mains. Si demain, l'assistante dentaire est sur de la pratique avancée (détartrage ou autre), ça veut dire qu'il faut déjà dédier un fauteuil à l'assistante dentaire. Donc ça veut dire dédoublement du fauteuil, ça veut dire que le praticien, lui, il lui faudra une assistante dentaire en attendant que l'assistante dentaire fait de la pratique avancée. Ça remet vraiment en question le sujet de la pratique mutualiste, comme on peut l'avoir déjà depuis toujours. Là encore, c'est fragiliser le modèle mutualiste. Pourquoi ? On ne sait pas trop, puisqu'on se rend bien compte qu'aujourd'hui le modèle d'œuvre sanitaire et sociale mutualiste est important. Il répond à un vrai besoin : c'est le seul qui, quand il est installé, ne part pas, puisqu'il est installé pour durer. Si je reprends l'exemple de ce que je disais, 40 ans pour nos premières œuvres sanitaires et sociales. Donc il y a un vrai problème de reconnaissance sur ce sujet-là.

Et puis le modèle salarial. Aujourd'hui, on sait qu'il ressort de plus en plus. Pendant des années la [Mutuelle dédiée] a fonctionné comme tous les autres centres de santé et comme tous les médecins libéraux, où les médecins faisaient plus de 45h 50h ou 60h par semaine. Aujourd'hui, les praticiens et les assistantes veulent rester au 35h. Le mouvement social a fait qu'on est à 35h, donc on a adapté notre modèle mutualiste. Comme [la directrice] le disait, pour cela sur six cabinets dentaires, on a neuf praticiens. On a adapté notre modèle mutualiste à la demande sociale des salariés. Donc on répond à plusieurs critères : l'accès aux soins, la demande des professionnels de santé, et tout ça sur un modèle que la politique ne reconnaît pas.

Directrice 3 42:03

Et je reviens sur la dernière partie : l'assistante niveau 2, comment la rémunérer ? Car elle ferait des actes techniques. C'est la même interrogation : comment équilibrer un centre ? Normalement, un fauteuil est dédié à un praticien.

Au lieu de faire une session de trois années consécutives, déjà, ils ont compliqué la chose en disant qu'il fallait faire les 18 mois de la formation, +2 années de pratique après pour revenir à la fac. Et puis c'est en *stand by*. Par rapport au gouvernement et à ce qu'il se passe actuellement, je ne suis pas sûr que ça voit le jour. En septembre, c'est sûr que non : il y aurait eu des informations qui seraient tombées. Or on ne sait rien, on ne sait pas dans combien de temps ça pourrait aboutir, si ça aboutit.

Lena Warnking 43:12

Ça fait réfléchir. Peut-être que je m'avance, mais ça fait aussi penser au glissement vers la création d'un niveau intermédiaire d'hygiéniste dentaire, entre l'assistante dentaire et le praticien ?

Président 3 43:40

C'est ça. L'hygiéniste dentaire, c'est complètement là qu'il y a une réglementation pensée loin de la réalité des terrains. C'est là le problème.

Directrice 3 43:57

Ils préfèrent pallier le manque de praticiens par des pratiques avancées, comme on le fait avec les infirmières et les médecins. On redistribue les tâches.

Président 3 44:09

Tout au fait : c'est les infirmières avec les médecins, c'est les orthoptistes avec les ophtalmos... On a un gouvernement qui essaie de pallier son incapacité à faire en sorte qu'il y ait plus de praticiens. En même temps, depuis la création de la Sécurité sociale, il y a cette idéologie de dire : « il faut faire en sorte de réduire les dépenses de santé » pour arriver sur un système privé au détriment de la Sécurité sociale. Clairement, aujourd'hui on le dit souvent : le numerus clausus a été mis en place pour réduire les dépenses de santé.

Directrice 3

Et par qui ?

Président 3

Il n'a pas été sur une question de régulation du nombre de médecins qui sortaient parce qu'il y avait beaucoup trop de médecins. La population était vouée à augmenter, donc forcément il y allait avoir besoin de plus de médecins. En 2025, avec le gouvernement qu'on a, et cette volonté de réduire les dépenses de santé à tout prix, on sait pertinemment qu'il n'y a pas la volonté qu'il y ait plus de praticiens. Ils sont en train de trouver des subterfuges à travers la médecine avancée, sur la question des, des assistantes dentaires. Ce n'est pas ce qui va résoudre le problème, et en termes d'organisation ce n'est pas possible. On ne peut pas le réaliser en termes d'organisation.

S'il y avait plus de médecins qui sortaient des écoles, ça nous obligerait à avoir plus de structures, de centres de santé (mutualistes, municipaux, centres de santé de la Sécurité sociale).

Aujourd'hui, avec la médecine avancée, on ne peut pas répondre à cette demande parce que la configuration ne le permet pas.

Directrice 3 46:33

C'est Simone Veil qui avait mis ça en place en 1971 pour ressembler au modèle américain : 1 médecin pour 500 je crois. Vous vous rendez bien compte qu'aujourd'hui, on est loin du compte.

Lena Warkking 46:55

C'est quelque chose qui revient énormément, cette pénurie de praticiens dans les centres. Ce qui est ressorti dans les autres entretiens, je ne sais pas si c'est quelque chose que vous partagez aussi, c'est justement que la demande de la patientèle est telle qu'il n'y a absolument aucune concurrence entre les centres dentaires qui existent. S'il y en a une, ce serait plutôt sur le recrutement des praticiens. Je ne sais pas si c'est quelque chose que vous ressentez aussi.

Directrice 3 47:35

Il y a une marchandisation de l'humain. Il y a des structures qui sont mieux que d'autres. Au tout départ, quand je suis arrivée, il y avait une structure avec laquelle il y avait eu des accords, moyennant une somme d'argent plus ou moins conséquente suivant les structures. On vend de l'humain. C'est...

Président 3 48:12

Si on prend le modèle mutualiste, on se ressemble tous plus ou moins en termes de recrutement, sur la rémunération, sur les avantages sociaux. Les structures mutualistes se ressemblent puisque on s'est toujours regardés les uns les autres, on s'est toujours suivis plus ou moins les uns les autres. Fut une période, bon aujourd'hui ça a repris, mais il y avait vraiment des échanges réguliers avec les structures mutualistes pour savoir comment ça se passait chez les uns et les autres, et pour voir justement si son modèle était toujours cohérent par rapport à ce qui pouvait se passer sur les territoires limitrophes ou proches de la structure.

Là où il y a eu une marchandisation c'est avec ce que je vous disais tout à l'heure avec l'arrivée des centres de santé en collaboration... j'ai horreur de ce mot-là, donc c'est pour ça que je fais exprès. En collaboration entre les professionnels libéraux. En créant ces centres de santé... je ne vais pas mettre tout le monde dans le même panier : il y en a qui amènent cet esprit d'apporter dans une structure des soins à la population, donc tant mieux. La problématique c'est que derrière on est sur la marchandisation, à travers la rémunération qu'on essaye finalement

d'amener plus importante. Mais quand on gratte bien, on se rend compte que leur modèle est moins intéressant que ce que nous on peut apporter en termes de rémunération ou d'avantage pour les salariés.

En fait, il y a toutes ces choses-là qui font qu'aujourd'hui, on rend un peu flou le modèle des centres de santé à travers le recrutement. Et puis il y a une recherche de rentabilité à travers ces centres. Si on tire les ficelles, les centres de santé sont souvent rattachés à d'autres structures, qui ne sont pas à but non-lucratif. Donc finalement, voilà, il y a toujours une recherche de rentabilité derrière.

Alors qu'aujourd'hui, le modèle mutualiste là où, malgré tout, il y a une différence par rapport au modèle des centres de santé municipaux : les centres de santé municipaux, ils ne tiennent qu'à la politique de la municipalité. Ils ne sont pas gérés par les habitants de la commune, ce sont les élus qui gèrent les centres de santé. Donc selon l'étiquette politique, après c'est une volonté de gérer ou pas, ou même de s'en séparer. Le modèle des structures mutualistes est basé sur les adhérents, à travers une Assemblée générale siègeée par les adhérents de la mutuelle, à travers un Conseil d'administration qui est siégé par les adhérents eux-mêmes, qui ont été élus par les délégués. Ça tourne vraiment autour des usagers des centres, donc ils n'ont aucun intérêt à chercher une rentabilité du modèle mutualiste : qui dit chercher une rentabilité ou dividende, même à verser là il n'y a pas d'actionnaires, forcément dit aussi impact sur les prix qui sont faits sur les centres. Par la gestion des adhérents et des patients eux-mêmes, ils n'ont pas de recherche de profit personnel. C'est le collectif qui prône sur l'intérêt économique, et aujourd'hui, c'est pour ça qu'il y a tout intérêt à le mettre en avant.

Lena Warnking 52:21

Tout à fait. J'allais vous questionner aussi justement, pour revenir un peu en arrière, sur cette question du rôle occupé par les centres de santé mutualistes. On voit bien que la différenciation, en tout cas du modèle mutualiste, est très forte dans l'histoire, avec évidemment la question des prix, mais aussi la question du tiers payant, le modèle même de salariat, etc. Aujourd'hui, est-ce que pour vous cette différenciation elle tend à se maintenir, ou est-ce que c'est quelque chose qui est moins fort ? Parce qu'on voit aussi d'autres centres qui pratiquent le tiers payant, d'autres centres qui ont peut-être aussi des modèles de salariat... Est-ce que pour vous, en fait la différenciation du modèle mutualiste elle est toujours présente ou pas forcément ?

Président 3 53:03

Alors même si, comme vous le dites, il y a de plus en plus de praticiens et de centres qui font le tiers payant, ils font surtout le tiers payant Sécurité sociale. Les mutuelles, à travers leurs centres de santé, sont dans la recherche du tiers payant généralisé. Aujourd'hui il y a des outils qui permettent de créer ces conditions de tiers-payant généralisé, qu'il faut peut-être améliorer pour tendre à 99 % de réussite. Mais aujourd'hui le modèle mutualiste tend vers le tiers-payant généralisé. Un des fondamentaux des centres de santé mutualistes c'est de permettre un accès aux soins pour toute la population, sans distinction sociale par rapport à la rémunération, à la catégorie socio-professionnelle ou quoi que ce soit. À travers le tiers payant généralisé, on peut le faire. Le bloquer au tiers-payant en Sécurité sociale, alors on élargit l'accès, mais ça veut dire qu'on le réduit encore à une catégorie de personnes qui auraient les moyens de prendre en charge la part complémentaire santé. Le modèle mutualiste, à travers le tiers payant généralisé, ne fait pas de distinction sociale.

Directrice 3 54:48

Et il y a une chose qui est essentielle : les personnes C2S, on est les seuls, quasiment.

Président 3 54:56

Les AME, les C2S... Je ne sais pas s'il y a des études qui le montrent. Mais nous, tous les 2-3 ans, on met en place un questionnaire auprès de nos usagers, de nos patients : le score EPIS. C'était un questionnaire établi par la Sécurité sociale pour ses centres de santé. Dans un premier temps, il a surtout été utilisé parce que la fiscalité nous a demandé de prouver la non-lucrativité de nos centres de santé dentaire. Le seul questionnaire qui nous le permettait, c'était le score EPIS, donc on l'a mis en place pour montrer la non-lucrativité, mais aussi pour montrer l'intérêt social qu'ont nos centres dentaires sur le territoire.

On l'a fait en 2025, et on constate que 50 % de la population qu'on soigne dans nos centres dentaires, sont dans des situations de précarité, voire de très grande précarité. Donc on a un rôle social à jouer sur le territoire. Le fait de faire le tiers payant généralisé, ça nous permet aussi d'accueillir des personnes en situation de précarité ou de très grande précarité, et des personnes en situation d'AME. Je ne sais pas s'il y a des études de faites pour voir le nombre de médecins libéraux qui accueillent des AME et le nombre de centres de santé municipaux ou mutualistes qui accueillent des AME. En plus, il y a cette épée de Damoclès de dire « on va supprimer l'AME parce que ça coûte cher à la collectivité », ce qui est faux. Aujourd'hui on se rend compte qu'en termes de soins dentaires, le nombre de personnes qu'on peut accueillir sur les AME, c'est minime ! Ça ne représente vraiment rien, on doit être à moins de 1 % de l'ensemble des patients

qu'on soigne dans notre centre dentaire. On ne peut pas dire que c'est l'AME qui coûte à la collectivité, c'est faux.

En termes de C2S, là aussi on a une population de C2S qui viennent dans nos centres, parce qu'il y a le fait déjà qu'on les prenne. Il y a des médecins libéraux ou même des centres de santé...

Directrice 3 57:44

Des grands centres de santé !

Président 3 57:52

Des grands centres de santé qui ne prennent pas les C2S. Et on a en plus cette question du tiers payant généralisé. En fait, on revient toujours à ce sujet-là. L'ensemble de la population s'y retrouve à travers notre modèle, parce qu'il y a aussi cette question du tiers payant généralisé.

Lena Warnking 57:54

Vous avez raison, c'est quelque chose dont j'avais pu discuter aussi par ailleurs. Vous me dites si je dis une bêtise, mais ça pose quasiment la question d'une surspécialisation, si on le disait ainsi, de la Mutualité dans la prise en charge des personnes précaires. D'un côté, c'est absolument essentiel pour le territoire, mais ça pose aussi la question de comment c'est reconnu, et comment est-ce qu'on donne à voir justement cette spécificité et comment est-ce que c'est compensé par ailleurs ?

Directrice 3 58:29

On vous laisse poser la question à l'Élysée ou à Matignon, on serait ravis d'avoir la réponse.

Président 3 58:42

La réponse on la connaît, ça revient à ce que je disais tout à l'heure sur les dépenses de santé. Si le modèle mutualiste était beaucoup plus développé, on aurait du tiers payant généralisé, un accès aux soins pour l'ensemble de la population. La population se tournerait vers nos structures par cet état d'esprit où ils sont accueillis, et peu importe la CSP ils sont soignés de la même façon et ils ont accès aux mêmes matériaux, aux mêmes technologies, à tout. Ça favoriserait l'accès aux soins à l'ensemble de la population et clairement, il y aurait une dépense de santé qui viendrait en augmentation, automatiquement. Aujourd'hui, avec la problématique de soins, surtout des personnes précaires ou avec des revenus modérés, ça augmenterait parce qu'il n'y a

aucune initiative de prévention mise en place par les politiques. La population est en mauvaise santé, il ne faut pas se le cacher. On ne soigne pas suffisamment de personnes, ça c'est clair : on en soigne beaucoup, mais on n'en soigne pas suffisamment. La population renonce aux soins par faute de moyens, or à travers notre modèle mutualiste, ils pourraient accéder aux soins même s'ils n'avaient pas les moyens, puisque la prise en charge se ferait intégralement. C'est pour ça que le modèle mutualiste n'est pas reconnu : le gouvernement ne souhaite pas le développer parce que ça augmenterait les dépenses de santé et ça mettrait fin au renoncement aux soins.

Directrice 3 1:00:40

Mais il y en a besoin.

Président 3 1:00:48

Comme l'hôpital : on déstructure l'hôpital public parce qu'il y a une volonté de renoncement aux soins de la part des politiques, ce qui est ce qui est grave quand on y pense comme ça. On nous parle beaucoup de pays en dictature où la population se meurt par la faim et par la santé. Il faudrait peut-être regarder un petit peu ce qui se passe en France, mais on le fait plus subtilement. L'hôpital public, c'est là aussi un grand problème. Si on donnait vraiment les moyens à l'hôpital public de répondre aux besoins de la population, il y aurait beaucoup plus de dépenses, parce que la population est malade aujourd'hui.

Elle le sera moins demain en mettant vraiment les moyens nécessaires. Si on met les moyens nécessaires aujourd'hui, on répondra aux besoins d'aujourd'hui et à échéance, la population sera en bonne santé ou en meilleure santé. Avec des moyens de prévention notamment, on réduirait les dépenses de santé à terme. Mais aujourd'hui la population est malade et on ne fait pas en sorte de lui apporter les soins dont elle a besoin.

Directrice 3 1:01:59

Je vais revenir sur deux choses pour compléter. Ce qui est assez paradoxal, c'est qu'ils ont revu les tarifs de tout ce qui est prothétique pour les C2S pour donner envie, peut-être aux praticiens libéraux, mais on sait pertinemment qu'ils ne les prendront pas. Donc je ne comprends pas bien, c'est assez illogique. Bref.

La 2e chose, qui est encore plus aberrante, c'est qu'on est rentré là depuis l'année dernière dans la phase de développement en 5 ans de la génération sans caries. On est rentré dans cette ère-là, qui est censée durer, je crois, entre 3 et 5 ans. Ce qui est le plus affligeant c'est qu'ils ont

revu la facturation : un bilan bucco-dentaire (BBD, pour la prévention) était à 100 % remboursé par la Sécurité sociale. C'était censé passer au 1er janvier, mais ils ont repoussé parce que la Sécu n'était pas encore dans les temps pour tout organiser. Donc ils ont basculé au 1er avril la répartition à 60 % pour la Sécu, 40 % [pour la complémentaire]. Seulement, dans le décret, il est stipulé que le patient ne doit rien payer.

Donc vous imaginez bien que [le praticien] qui ne fait pas le tiers-payant intégral et qui n'a pas le conventionnement avec la complémentaire qui lui est présentée, il ne sera jamais payé. Car la démarche est absolument abjecte : il faut renvoyer à l'organisme complémentaire, qui ne vous connaît pas, avec justificatif, que vous êtes le praticien X ou Y, que vous avez fait tel soin sur tel enfant ou le BBD de tel enfant.

Pour être remboursé, on a la connaissance d'un couple de praticiens qui est en libéral à l'heure actuelle, où elle s'était forcée à essayer de faire. Pour l'instant, elle a laissé tomber, puisqu'il est plus facile de passer une consultation que de facturer un BBD. Donc en fait, ils avaient déjà fait mourir l'embryon dans l'oeuf avant même d'essayer quoi que ce soit. Même pour nous, dans les structures dans lesquelles nous travaillons aujourd'hui, c'est d'une complexité...

Président 3 1:04:34

Mais d'ailleurs, avec cette affaire du BBD, ils ont élargi l'âge de prise en charge : on va arriver in fine à 27 ans pour la prise en charge des BBD, donc 60 % Sécurité sociale, 40 % complémentaire santé. Ça veut dire que sont encore les adhérents qui payent ce sujet-là, alors qu'on parle de prévention. Au final, le bilan va être catastrophique parce que les médecins libéraux et certains centres de santé, qui ne font pas de tiers-payant généralisé, vont renoncer à le passer comme un bilan bucco-dentaire, mais [le passer] comme une consultation. Or il faut quand même aller au bout du problème : quand le patient vient pour un BBD, s'il y a des soins à faire derrière, il est pris en charge intégralement par la Sécurité sociale.

Maintenant, il y a les 60/40. Là, s'il y a BBD, mais que le praticien, face à la complexité, le passe en consultation, ça veut dire que les soins qui viennent derrière ne sont plus dans le cadre du bilan bucco-dentaire et dans la prévention, mais dans le cadre d'un soin classique. La prise en charge n'est plus du tout la même ! Ça va être une catastrophe cette question du BBD sur la prévention des soins dentaires.

Alors [Directrice 3] me rappelle souvent le dispositif « sans caries ». Alors, à chaque fois, je le dis : je ne sais pas si c'est sans SANS ou sans CENT, finalement, il faudrait peut-être leur demander... clairement ça va être une catastrophe, parce que là encore on va être dans une situation de renoncement aux soins, parce que les personnes n'auront pas les capacités

financières de prendre en charge des soins. Ça va être encore une fois les plus précaires qui vont se retrouver dans des problématiques de santé.

On peine à faire entendre quand même à la population et encore plus à notre gouvernement que les problématiques dentaires peuvent générer d'autres problématiques de santé. Le deuxième cas de mortalité en France, c'est les soins dentaires, parce que ça engendre d'autres problématiques qui amènent des cas de mortalité. Donc clairement, avec cette situation, leur BBD va être une vraie catastrophe sanitaire.

Directrice 3 1:07:20

Ça va même au-delà Lena puisqu'avant, les parents recevaient un document chez eux : le fameux « M'T Dents ». Il y avait cette présentation, et au moins ça pouvait inciter le parent à dire « j'emmène l'enfant ». Aujourd'hui plus du tout. C'est dans nos propres logiciels : c'est quand on rentre les données de l'enfant dans le logiciel qu'on voit qu'il y a un BBD à faire ou pas. Si, je crois que ça apparaît sur le portail Améli, je crois qu'une maman m'a dit ça, mais je ne suis pas très sûre... Mais si on n'a pas le portail Améli, ou si on ne va pas le regarder régulièrement, il n'y a pas de mail qui vous est envoyé en disant « attention votre enfant à tel âge il faut lui faire un BBD ».

C'est complètement l'inverse de ce qui aurait dû être fait, mais c'est voulu. Les personnes qui réfléchissent à ça ne sont pas du tout sur le terrain pour constater. C'est ce que j'ai expliqué au Conseil d'administration l'année dernière, qu'au nombre de personnes que l'on reçoit, le nombre d'enfants était infime et insuffisant à mon sens : on devrait faire des BBD tous les jours. [Sur le territoire], il y a 55 000 habitants, et avec la périphérie, ça doit faire 100 000 habitants. Vu le peu de dentistes qu'on a dans le secteur, on devrait faire même plusieurs BBD dans une journée. Or il y a même des semaines où on voit un seul BBD.

Président 3 1:09:38

Ça ne va pas s'arranger, vu que les hauts conseils préconisent de digitaliser encore plus la Sécurité sociale.

Directrice 3

Ce n'est pas de l'absurde, mais c'est à l'inverse de ce qu'il faudrait faire.

Président 3

Ce qui est frustrant, c'est que ça rentre complètement dans notre rôle, ces questions de prévention. On le dit : on est des structures de soins de premier recours, on n'est pas là pour être en concurrence à l'hôpital public, ce n'est pas là le sujet. Ces soins de prévention qu'on pourrait avoir sur la population, ça éviterait beaucoup de choses. Aujourd'hui, on est sans cesse en train de nous parler de la prévention, sauf qu'on est plus sur du curatif que sur du préventif aujourd'hui. On pourrait avoir un vrai rôle d'éducation à la santé auprès de la population si on nous donnait un peu plus de légitimité.

Directrice 3 1:10:42

On a de belles affiches, mais c'est vite derrière...

Président 3 1:10:45

Ouais tout à fait.

Lena Warnking 1:10:50

Quand on a identifié toutes ces toutes ces dynamiques, quel effet ça a pour vous sur la gestion d'activité dentaire ? Vous disiez tout au début qu'avoir un président à temps plein c'est pas du tout un luxe, et j'imagine que c'est aussi le cas pour les équipes salariées. Est-ce qu'il y a besoin de plus en plus de personnes pour la gestion de l'activité ?

Directrice 3 1:11:34

D'avoir une direction dédiée, je pense que c'est essentiel vu le temps. Le dentaire est énergivore. Sur les deux activités dont je vous parlais au tout départ, l'optique est un marché très concurrentiel. C'est plus de la marchandisation que de la santé, malgré que la vision est quand même de la santé.

Le dentaire, de par l'activité, est énergivore. Donc je pense qu'il est essentiel d'avoir une personne dédiée. Auparavant, il y avait une personne qui gérait les deux activités. Je pense que c'est impossible. Aujourd'hui, vraiment je ne connais personne qui fait ces deux casquettes, parce que même ceux qu'on a pu connaître ont lâché l'une des deux activités pour se concentrer sur l'autre. Ce n'est pas possible : de par la complémentaire, toutes les directives, tout ce qui peut enfin arriver en cours d'année... et puis même tous les rapports ACPR, ORSA, tout ce qu'il y a à gérer, le contrôle interne, les... Non, c'est impossible à mon sens sur une structure telle que [notre mutuelle ou Livre II] d'avoir un seul président. Ça dépend comment est répartie

la tâche. La tâche politique côté président, ça c'est parfait. Il ne s'ennuie pas de ses journées de toute façon.

En tant que direction, non je pense que c'est impossible. Je vais vous donner un exemple. Ce matin, j'ai accompagné une salariée étrangère, donc je lui ai fait un compte bancaire en cinq minutes dans un bureau de tabac. Je ne savais pas qu'on pouvait faire ça. Après je l'ai accompagnée à son logement, parce qu'on se met cautionnaire. Une direction de Livre II a d'autres choses à faire. Ça pourrait être mon assistante, mais elle était en train de gérer du tiers-payant ce matin, on a un peu mixé les rôles depuis quelques mois.

On est dans l'accompagnement de nos praticiens, puisque ce sont des praticiens étrangers pour 99 %. Or par exemple, si vous n'avez pas d'adresse, vous ne pouvez pas avoir de compte bancaire, mais vous ne pouvez pas avoir de compte bancaire parce que vous n'avez pas d'adresse. Les directives européennes ont été claires avec les banques françaises, on ne peut pas déroger. On avait un accord jusqu'à la semaine dernière avec le Crédit Agricole. Ils ont gentiment remercié le contact qu'on avait, donc on n'a plus rien, donc je me retrouve vraiment... Là, c'est compliqué pour moi. Aujourd'hui, on a besoin de praticiens en tout genre, que ce soient des Français ou non, mais les étrangers on ne fait absolument rien pour les aider. Donc d'aller dans un bar tabac PMU pour faire un compte bancaire... c'est un truc de fou.

Président 3 1:15:21

Ça rejoint un peu tout ce qu'on a pu dire auparavant. Là, si je reprends par rapport au rôle de direction, je reviendrai après sur le sujet de la présidence. Auparavant, le modèle mutualiste était « un fauteuil, un praticien », ce qui fait qu'on avait trois fauteuils, c'était trois dentistes à recruter. Pour beaucoup ils restaient longtemps, ce n'était pas des primo emploi, mais quand ils arrivaient, ils finissaient leur carrière sur le centre, c'était assez simple en termes de gestion. On a dû évoluer, revoir notre modèle mutualiste avec des praticiens et des professionnels de santé qui ne voulaient pas aller au-delà de 35 h. Ça veut dire qu'on a doublé le travail à effectuer dans le cadre du recrutement des dentistes.

Aujourd'hui, on est vraiment dans cette situation où, j'ai d'ailleurs un peu de mal à comprendre d'ailleurs ce sujet. On entend de plus en plus dire, et on le constate de par les praticiens qu'on peut avoir, que de plus en plus de praticiens veulent être salariés, ne veulent plus avoir ce poids administratif, ce poids de structure dans leur gestion du travail. Mais au final, comme le gouvernement ne souhaite pas qu'on soit un modèle reconnu, les praticiens français, on n'arrive pas à les recruter. Sur nos centres, on est essentiellement sur des praticiens espagnols et roumains, ce qui fait que la démarche administrative est encore plus importante. C'est l'exemple

du compte bancaire, et de la relation à distance pour voir si le praticien parle suffisamment bien français pour le présenter devant le Conseil de l'ordre. Il y a tout un dossier à présenter, pour lequel il faut qu'on accompagne le praticien, pour qu'il puisse ensuite l'envoyer au Conseil de l'ordre. Il y a toute cette démarche administrative. Elle est plus lourde aujourd'hui, elle l'était auparavant aussi, parce que des praticiens étrangers, nos prédecesseurs en ont recruté aussi. Mais elle est plus lourde aujourd'hui parce qu'on a augmenté l'effectif des praticiens dans nos centres de par le fait des 35 h. Ce qui n'est pas un mal, c'est très bien qu'on soit sur ce modèle social. Mais c'est vrai que ça amène du travail, donc il y a un vrai besoin d'avoir une direction dédiée à la structure sanitaire et sociale.

Sur la question de la présidence : on est sur un modèle de mutuelle dédiée, pas sur un modèle d'union d'œuvres sociales. On voulait que le Président de mutuelle soit également le Président de la [Mutuelle dédiée] pour garder cette cohérence des structures qui sont nées d'une même idée, d'une même Assemblée générale. Aujourd'hui, le rôle du Président est de plus en plus important. Sur la question complémentaire santé, il y a toute la réglementation, on en demande de plus en plus avec des rapports, avec des relations avec les administrateurs, des choses comme ça. Donc ça, ça paraît tout à fait logique. Sur le Livre III, l'importance d'avoir un président permanent c'est le fait qu'aujourd'hui, il faut qu'on soit présent dans toutes les initiatives, dans tous les débats, dans toutes les organisations qu'il peut y avoir et avec tous les organismes qui peuvent tourner autour des œuvres sanitaires et sociales.

Je le disais tout à l'heure, je suis appelé de plus en plus à participer à des débats, parce que de plus en plus d'associations ou de mouvements syndicaux ou politiques veulent montrer qu'il y a un autre modèle que le modèle qu'on veut nous présenter. En plus, on a cette particularité qu'on défend la Sécurité sociale et l'hôpital public, donc ça montre une image d'une mutuelle ancrée dans un modèle social nécessaire au besoin de la population.

Le président est donc de plus en plus sollicité. Les structures, les institutions ont besoin d'avoir un politique en face d'eux, parce qu'aujourd'hui on ne peut pas dire qu'on est différent des autres structures si en parallèle on ne montre pas qu'il y a un élu adhérent de la mutuelle qui est présent. Ça montre aussi cette légitimité de notre modèle : il n'y a pas d'actionnaires, il y a que des adhérents qui siègent au sein de nos structures et au sein de nos organes statutaires, donc ça c'est important aussi de montrer cette image-là. La mutuelle doit avoir de plus en plus d'interventions politiques.

Ça fait X courriers que j'envoie aux politiques sur les questions de la complémentaire santé, sur les questions des offres sanitaires et sociales, et compagnie, mais ils sont à 1000 lieues de comprendre de quoi on parle. Ils sont à 1000 lieues de comprendre le besoin de la population.

Ils sont sur leur perchoir et à aucun moment ils n'ont connaissance des effets des décisions qui sont prises. Je me suis justement noté de les interpeller sur la question des BBD. Sur la question de la complémentaire santé, quand je leur explique qu'il y a plus de 25 ans, on payait 1,75 de taxes et que les taxes ont pris une augmentation de plus de 770 % en 25 ans, et qu'on est passé, s'ils nous mettent les 2 % de taxes supplémentaires, à 16 % de taxes sur les complémentaires santé, et que ça pèse du coup sur la cotisation des mutualistes, eh bien même ça ils n'arrivent pas à le comprendre. Donc aujourd'hui il y a vraiment besoin d'avoir un élu de la mutuelle qui soit présent, ne serait-ce que pour interpeller sur le rôle de la Société sociale, et sur le rôle qu'on joue sur le territoire. Je parlais du score EPIS : ça aussi, l'élu politique doit avoir ce rôle de prendre ce score EPIS et de l'amener aux élus politiques, aux élus de la collectivité, aux députés, sénateurs, pour montrer le rôle des structures mutualistes sur le territoire où on est présents. On répond à l'ensemble de la population et en plus à la population la plus précaire. C'est là où le président a tout son rôle.

Aujourd'hui on ne peut pas demander à un bénévole retraité... parce qu'en plus avec les réformes qui n'arrêtent pas de se mettre en place on tend à amener les gens à travailler jusqu'à 70 ans, donc j'imagine que le retraité à 70 ans, il n'a qu'une envie c'est de profiter du peu de temps qui va lui rester. On ne peut pas demander un actif aujourd'hui... Il y a un terme que j'ai gardé d'un discours que j'ai entendu à la radio d'une personne qui disait « J'ai un emploi, mais en dehors de ça, j'ai aussi un travail : m'occuper de mes enfants. Je suis bénévole dans une association, tout ça, c'est du travail. » Donc aujourd'hui on ne peut pas demander à un actif de faire ses 35 h, de s'occuper de ses enfants, d'être bénévole dans une association, et en plus d'avoir un rôle aussi important en termes de président d'une structure mutualiste. C'est pour ça que ça prend tout son rôle, à travers toutes les fenêtres qu'on a besoin d'ouvrir pour être entendu.

Lena Warnking 1:24:22

Sur cette question aussi du temps que ça prend, la question que je me posais c'est aussi en revenant sur toute l'histoire des œuvres sociales. Ce qui est ce qui est toujours impressionnant à voir, c'est la plasticité en fait des œuvres sociales, leur capacité justement à recomposer en fonction de l'évolution du besoin et comment est-ce que moi, ce qui m'intéressait aussi de savoir comment est-ce que vous comprenez aujourd'hui, cette évolution du besoin ? Est-ce que pour vous, la Mutualité a toujours cette capacité d'innovation par rapport à l'évolution du besoin, ou est-ce que pour vous c'est aujourd'hui quelque chose qui est plus difficile à mettre en place, justement, du fait des moyens, du temps que ça prend et de la réglementation ?

Directrice 3 1:25:09

Non, je pense que bien au contraire, on est... alors je ne vais pas dire qu'on est dans des centres dernier cri, ce n'est pas ça, mais on a été les premières à mettre en place une radio panoramique 3D qui faisait code BEAM. C'était dans le parcours patient, on voulait simplifier : au lieu d'envoyer nos patients dans un centre de radiologie, qu'ils reviennent, et de libérer des créneaux, tout se fait chez nous. Et puis ce qui était facturé pour un code BEAM pour la mise en place d'un implant dans le centre de radio à côté était facturé 200€ contre 120€ chez nous. Donc il y a aussi cette notion de reste à charge diminué. Malgré tout, le code BEAM est à la charge du patient parce que c'est considéré comme du luxe par la Sécurité sociale de se mettre un implant, alors qu'on sait pertinemment qu'au niveau viabilité, c'est plus pertinent de mettre un implant. C'est invasif sur le coup, mais beaucoup moins traumatisant qu'un appareil amovible pour une personne. Ça cause moins de déformation, ça a moins d'usure dans le temps qu'un appareil qui va s'accrocher sur la gencive. On sait pertinemment que la gencive va s'altérer au fur à mesure du temps, alors qu'un implant va maintenir la qualité osseuse de la gencive. Enfin, c'est un médecin qui pourrait mieux vous parler de ça que moi. C'est affligeant, parce que dans le temps, un implant va coûter moins cher que tous ces processus de traitement alternatifs qui sont proposés et remboursés par la Sécurité sociale aujourd'hui.

Président 3 1:27:05

En termes d'innovation le modèle mutualiste, on a toujours été dans cette recherche d'innovation et de permettre à l'ensemble de la population de bénéficier des soins de qualité avec les dernières technologies, les innovations les plus récentes qu'il peut y avoir pour leur permettre d'être encore mieux soignés. C'est ça, ça a toujours été cette vision du modèle mutualiste et ça reste toujours dans l'esprit mutualiste. On n'est pas, contrairement à l'image que on a voulu donner à un moment donné, des modèles mutualistes de dispensaire, où on préconisait des soins rapides pour taire la douleur. On est vraiment des structures de soins, on prend en charge le patient jusqu'à ce qu'il soit complètement soigné. Quand on est dans des soins beaucoup plus importants, bien sûr, on les redirige vers l'hôpital, mais en termes d'innovation, on a toujours ce truc-là, oui.

Directrice 3 1:28:19

Juste une parenthèse. L'ARS nous impose des règles d'hygiène et de stérilisation aussi.

Président 3 1:28:26

Il peut y avoir des règles d'hygiène et de stérilisation, et clairement il faut les avoir. Enfin, on ne vient pas regarder chez les libéraux, si l'hygiène est la sté c'est respecté. Mais en termes de qualité je parle de qualité de service, de qualité de soins. Par exemple, on a fait ce choix de n'avoir que des prothèses fabriquées dans le [département]. Certes, ça nous coûte un peu plus cher, mais en termes de qualité de soins, de service et de parcours patients, on s'y retrouve. Et même en prenant une structure basée sur le [département] pour faire une prothèse, la structure est équilibrée, voire excédentaire sur le dentaire. On peut le faire.

Mais sur la question du développement, c'est vrai qu'aujourd'hui il devient compliqué, et moi je le vois autour des structures mutualistes que je peux connaître, c'est vrai qu'il devient compliqué de créer ou de développer des œuvres sanitaires et sociales. On est dans une situation de concurrence complètement déloyale entre les libéraux et les centres de santé. La collectivité, le gouvernement, les politiques, les régions, l'Europe ; tous sont prêts à verser des sommes d'argent aux médecins libéraux qui viennent s'installer dans leur territoire, que ce soit à travers les maisons de santé, ou par l'ouverture d'un cabinet médical. Ils déversent des sommes incroyables. D'ailleurs, [le Président d'un Livre II] le dit régulièrement : « un praticien, il vient visser sa plaque contre le mur, on lui fait un chèque de 50 000 €. Trois ans plus tard, il dévisse sa plaque, il la met 5 à 10 km plus loin, on lui reverse encore 50 000 € ». Nous, structure de santé, structure mutualiste, on a l'exemple [d'une région] pour laquelle on a été rencontrer la Présidente, qu'on connaît très bien, pour lui demander s'il y avait des possibilités de subvention de la région pour l'agrandissement de notre centre de santé, ou pour l'ouverture de centres de santé mutualistes. On nous a répondu non, parce que la collectivité ne finançait pas les structures privées. Alors là, j'ai un peu du mal à entendre qu'on ne finance pas les structures privées mais par contre on finance les médecins libéraux. On est sur deux poids, deux mesures. Ça amène une problématique économique, parce que clairement nos structures ne cherchent pas à faire de très gros excédents. Le peu d'excédents qu'elle va faire, ça va être pour renouveler son matériel et pour amener des nouvelles technologies pour les patients.

Mais créer une structure de centre de santé à travers nos fonds, ce n'est juste pas possible. Si les collectivités se réveillaient un petit peu (et on a un exemple qui va se concrétiser d'ici 2027), si les collectivités s'adossent à des structures mutualistes pour la création de centre de santé avec une gestion par les mutualistes et donc une gestion par les adhérents de la mutuelle... Là, on sera sur un modèle où les bâtiments seront détenus par la collectivité, donc il y aura la collectivité qui aura fait le nécessaire pour ses citoyens avec une structure mutualiste qui a une gestion dans l'esprit de l'économie sociale et solidaire. On pourrait amener ce modèle-là. On a une collectivité en Normandie qui nous a sollicités pour son centre de santé municipal

pluridisciplinaire, et qui nous a proposé d'ouvrir trois cabinets dentaires. Les bâtiments appartiendront à la mairie, mais la gestion de la structure dentaire sera faite par la [Mutuelle dédiée]. On peut le faire parce que la collectivité porte le poids des bâtiments et nous refacture un loyer. La collectivité porte le poids économique des bâtiments, et nous le poids économique et organisationnel de la structure, et c'est faisable. Je reviens à ce que je disais tout à l'heure : d'où le rôle d'un président d'aller avec son bâton de pèlerin sur les territoires où la structure est présente, en disant aux collectivités « ça peut se faire, ça existe et on peut le faire ».

On a toujours cette recherche d'innovation qui existe toujours. On n'est pas des dispensaires, on est des centres de santé. Or notre modèle économique ne suffit pas à créer des structures à elles-mêmes. Il faut qu'on soit adossé à une collectivité, ou à une Union de mutuelles, ou à une mutuelle dédiée. Il faut un modèle économique autour de nous pour nous permettre de développer nos structures à travers les territoires.

Lena Warkking 1:34:00

C'est passionnant. J'ai un peu laissé le temps filer, je vois qu'il est déjà 16h30. J'avais peut-être une dernière question pour vous, très libre. Est-ce qu'il y a des choses que sur lesquelles peut-être je ne suis pas revenue que vous auriez estimées être importantes, que vous auriez aimé partager ?

Président 3 1:34:45

Non, je pense qu'on a quand même balayé entre l'historique et l'actuel, je pense qu'on a balayé quand même un grand morceau de notre modèle mutualiste et de la représentation qu'on peut avoir.

Directrice 3 1:34:48

Non, je crois qu'on a fait le tour.

Président 3 1:35:01

Comme je le disais tout à l'heure, le seul regret qu'on a aujourd'hui, c'est qu'à travers tout ce qu'on peut faire sur les territoires, nos structures syndicales ont un apport bénéfique pour la population. La seule frustration qu'on a aujourd'hui, c'est qu'il n'y a pas cette reconnaissance politique. Les gouvernements ne nous reconnaissent pas à travers ce modèle, ce qui ne nous permet pas d'ailleurs d'avoir une reconnaissance vis-à-vis des étudiants. On n'a pas cette reconnaissance à travers les facultés d'une structure apportant du soin à la population, donc c'est

un peu une frustration pour nous. Aujourd'hui, on continue à se battre sur cette question-là, mais ça devient une vraie frustration. On le voit même à travers de la question des subventions : on étend notre centre avec deux cabinets supplémentaires, ce qui va nous permettre d'arriver à neuf praticiens sur le territoire. Le modèle est financé exclusivement par nos structures mutualistes. Aucune collectivité, ni l'ARS, n'aura mis 1€ dans notre dans notre projet de d'extension.

Directrice 3 1:36:33

Ce qui est le plus frustrant, c'est que quand on s'est présenté aux différentes structures, il n'y en a aucune qui nous connaissait : « Ah bon, vous êtes là depuis 40 ans ? » Pourtant, ce sont les premiers qui vont aller se glorifier que sur leur commune, ils ont neuf praticiens ou un centre de santé avec tiers payant intégral. C'est assez frustrant, mais voilà, on avance quand même.

Moi j'ai une question : vous avez réussi à interroger d'autres structures que la nôtre ?

Lena Warnking 1:37:11

Oui, tout à fait. J'ai eu un entretien aussi avec [...]. À chaque fois j'avais le côté direction et le côté présidence. J'avais fait les entretiens de manière séparée, mais c'est aussi intéressant pour moi justement que vous puissiez aussi compléter l'un la parole de l'autre.

Président 3 1:37:43

Un sujet quand même, parce que c'est vrai que vous vous êtes tournée vers les structures d'œuvres sanitaires et sociales : je ne sais pas si le temps vous le permet ou si le vraiment le sujet vous intéresserait, mais c'est d'interroger la FMF et la FNMF sur les questions du modèle mutualiste, des structures de centre, des centres de santé mutualistes et les Livres III mutualistes. La FNMF a l'air de complètement abandonner le modèle des centres de santé. Autour de nous, sur le territoire, on voit qu'ils ferment de plus en plus de structures dentaires et optiques.

Mais il y a aussi cette question des mutuelles non fédérées. On a cette particularité d'avoir fait ce choix politique de ne plus être fédérés. On a été fédéré à la FMF à un temps, et on a fait ce choix de ne plus être fédérés à l'unification entre la FMF et la FNMF, puisque comme je le disais tout à l'heure, la FNMF a toujours été contre la création de la Sécurité sociale. Quand il y a eu cette unification, pour nous politiquement ce n'était juste pas possible d'être lié à une fédération qui déstructure la Sécurité sociale et qui souhaite la fin de la Sécurité sociale. Pour nous ce n'est juste pas possible. D'ailleurs, Éric Chenut, il le dit encore, dans ses discours : il

voit le modèle de la protection sociale avec un cofinancement entre les complémentaires santé et la Sécurité sociale, là où nous, on ne voit qu'une seule structure qui doit financer la protection sociale, c'est la Sécurité sociale.

J'en arrive au Livre III : étant non fédérés, nous ne pouvons pas bénéficier des avantages des groupements. On a le groupement d'intérêt économique sur le la partie dentaire, mais on n'a pas le groupement d'intérêt économique au niveau de l'optique puisqu'on n'est pas fédérés et que c'est lié à la FNMF. C'est Visaudio qui est rattaché à ÉcouterVoir et donc n'étant pas fédérés, on ne peut pas en bénéficier. J'ai un peu de mal parce que politiquement on porte le même sujet : permettre à l'ensemble de la population d'accéder aux soins. J'ai déjà interpellé le Président du GIE sur cette question. En dentaire, on est une mutuelle affiliée au GIE dentaire, on bénéficie des tarifs. On ne bénéficie pas des remises qui sont données aux structures du GIE, et ce n'est pas un problème : c'est nous qui avons fait ce choix, donc on l'assume. Or sur la question de l'optique, on n'a pas cette possibilité d'être un affilié pour bénéficier des tarifs. On va arriver dans une situation où, à un moment donné, économiquement on ne tiendra pas et on sera dans cette obligation de fermer notre structure, donc on va réduire l'accès aux soins mutualistes, la réponse mutualiste auprès des assurés sociaux, avec tout le modèle mutualiste qui vient derrière : le tiers payant généralisé, tout ce que j'ai pu dire tout à l'heure. C'est au détriment des assurés sociaux.

Politiquement, on ne peut pas mettre un mouchoir sur ces sujets-là. La priorité c'est de répondre à la population et de répondre aux besoins mutualistes des assurés sociaux et de faire en sorte qu'on crée ce sujet d'affilié. C'est pour ça que je pense que ça pourrait être intéressant d'avoir la vision de la FMF et de la FNMF sur la question des modèles de centre de santé mutualiste et de l'avenir du modèle mutualiste, mais à travers toutes ces dimensions, qu'elles soient fédérées, non fédérées, fédérées à d'autres structures... tout le monde n'est pas fédéré à la FMF ou à la FNMF. Mais voilà, c'est quelle vision ils ont du modèle mutualiste dans son ensemble, avec tous les acteurs mutualistes qui peuvent exister aujourd'hui.

Annexe 3 : Entretien avec un salarié de la Fédération des Mutuelles de France (FMF)

Cet entretien a été réalisé en 2024 durant mon stage au sein de l'UMF73. La retranscription de cet entretien constitue une source intéressante pour comprendre un point de vue non élaboré ailleurs : celui d'un membre de la Fédération des Mutuelles de France (FMF), qui est la fédération historiquement créée par la mutualité dite syndicale.

Issu du site internet : La Fédération des mutuelles de France regroupe plus de 60 groupements mutualistes, dont 40 mutuelles complémentaires-santé et 20 unions ou mutuelles gérant plus de 280 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'ensemble des mutuelles et unions de la FMF protègent 2 millions de personnes. Née en 1986 et héritière de la Fédération nationale des mutuelles de travailleurs, la FMF est membre de la Fédération nationale de la Mutualité française depuis l'unification du mouvement mutualiste en 2002. Héritière de la Fédération nationale des mutuelles de travailleurs, la FMF est née en 1986. Elle est, depuis 2002, membre de la Fédération nationale de la Mutualité française où elle porte une voix singulière.

Histoire de la mutualité

→ Histoire de la mutualité, contexte de création de la FMF, lien avec la FNMF, unification du mouvement mutualiste en 2002.

Le mouvement mutualiste est le plus ancien mouvement social, qui prend sa source dans la volonté des travailleurs, qui partent ensemble se protéger mutuellement et du patron. La question est financière et aussi celle de s'assurer contre les risques de la vie.

Au XVIIIe siècle, les secours de mutuelle mettent en place des fonds solidarité ainsi que des actions revendicatives. On voit ici que les syndicats consubstantiels du développement du mouvement mutuel.

Au XIXe le lien mutualité-syndicalisme est mis sous tension, notamment par des révolutionnaires (par la Loi Le Chapelier). Période de relative libéralité au XIXe avec le changement du IIInd empire, et la mise en place en 1852 du Code de la mutualité impériale. Durant cette période, les mutuelles sont libres de faire ce qu'elles veulent à condition qu'elles

soient organisées par territoire (et donc atomisées) et que le CA soit composé de bourgeois/notables du territoire. Jusqu'à la IIIe Rep.

Tout cela perdure jusqu'à la Première guerre mondiale ; forte différenciation entre mutuelles et organisations ouvrières. Pourtant elles convergent à nouveau aux alentours de l'après-guerre : les syndicats réinvestissent la mutualité (surtout sur la partie « Livre III » : création de sanatoriums, cliniques, etc. sous l'impulsion du mouvement ouvrier). Dans le cas de la FMF : fédération des métallurgistes de la Seine.

Jalon à retenir : 1902 création de la fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

A l'issue de la Seconde guerre mondiale ; mise en place du programme du CNR et de la Sécurité sociale. La mutualité ouvrière prend une position singulière à ce moment en soutenant la création de la Sécurité sociale. Selon elle, cela représente un gain pour les travailleurs car la Sécu crée une solidarité à un niveau plus élevé : mieux et plus efficace. Soutien de la création de la Sécu également par la mutuelle des fonctionnaires.

La raison principale pour laquelle les autres mutuelles ne soutiennent pas la création de la Sécurité sociale est dû à leur histoire : les mutuelles durant le II^e Empire étaient dirigées par des bourgeois, nécessairement moins liés à l'histoire sociale et moins favorables à la mise en place de la démarche de la Sécurité sociale. Pourtant au moment de sa création le combat n'est pas achevé : pas un seul médecin n'est conventionné, donc même si la Sécu rembourse une prestation, le montant de ce remboursement n'a pas de rapport avec la réalité du marché (des prix pratiqués). Il faut attendre environ 20 ans pour faire entrer la majorité des médecins et professionnels de santé dans le conventionnement, et la mutualité rôle central dans ce processus en poussant à la mise en place de conventionnements dans lesquels les médecins pourront ensuite s'inscrire. Il faut considérer qu'à partir des années 1970 ce conventionnement est majoritaire.

Pendant 30 ans le contexte est marqué par des combats très importants autour de la défense de la Sécurité sociale. Elle a d'ailleurs augmenté son périmètre de remboursement (tant au niveau de l'inclusion de différentes spécialités que du niveau de prise en charge). Nuance : l'émergence des « tickets modérateurs ».

Il y a trois dates de création successives pour comprendre ce que sont aujourd'hui les Mutualités de France :

- 1960 : création de la FNMO, qui regroupe les mutuelles ouvrières, car elles n'avaient pas de structure de représentation spécifique.
- 1968 : la FNMO devient la FNMT
- 1986 : la FNMT devient les mutuelles de France.

Les années 1980-1990 sont bouleversantes du fait des directives relatives aux activités d'assurance, qui, dans leur transposition française, ont un impact très fort sur le paysage mutualiste. Les mutuelles qui avaient le monopole le perdent. La FNMF a accepté cette transposition dans le droit français en pensant dominer largement les assureurs, du fait de son monopole. Elles se voient donc appliquer, à partir des premières transcriptions, les règles de l'assurance sur le risque santé. Cela a pour conséquence de créer une concurrence sur la complémentaire santé : les assureurs entrent sur ce secteur. Avant, le secteur était composé de petites organisations non-lucratives, organisées au niveau du territoire ou de l'entreprise, et donc non-concurrentielles (spécialisées sur leur territoire ou leur profession).

Contrepartie de l'entrée des assureurs, la mutualité négocie avec le gouvernement un nombre d'interdictions :

- L'interdiction des questionnaires de santé (= si on fait un prêt immobilier on nous demande l'état de santé avec un tx potentiellement plus important. En santé c'est interdit car la mutualité.)
- Interdiction de sélection (l'assureur n'a pas le droit de sélectionner un client, mais peut faire un tarif si élevé que par défaut la personne refusera d'adhérer, ce qui se pratique surtout pour les personnes âgées actuellement).

1980 exclues de la mutualité française. Avant il existait une double affiliation : les mutuelles étaient adhérentes à la mutualité française et la mutualité ouvrière (FNMO), et payaient donc deux affiliations. FNMF met fin en 1985 à la double affiliation, ce qui oblige les mutuelles et unions à choisir d'adhérer soit à la mutualité française ou la mutualité ouvrière.

Congrès fondateur de 1986 et création de la mutualité de France.

2002 : date de l'unification. Entre 1986 et 2002 deux fédérations de mutuelles (FMF + FNMF). La FMF a été contrainte de recréer tous les services de la mutualité ouvrière au niveau national du fait de la concurrence avec la FNMF à la suite de l'abrogation de la double affiliation.

Au début des années 2000, face à la concurrence croissante des assureurs, la FMF et la FNMF ont décidé de se remettre ensemble : unification par un livre blanc de l'unité mutualiste, qui recense les défis auxquels sont confrontés la mutualité et qui dessine des éléments de communs.

Dans les mutuelles de France, quand est voté et décidé l'entrée dans FNMF, certaines mutuelles adhérentes ne suivent pas. Notamment dans la Savoie c'est significatif : MFU et l'UMFMB mettent fin à leur adhésion à la mutualité française, elles refusent de rejoindre la FNMF. Certaines mutuelles restent mais n'adhèrent pas à la FNMF, etc... se dessine tout un spectre de combinaisons.

Cycle de 2002-2012 : la FMF contribue fortement dans la FNMF sur la ligne politique, qui s'est durcie depuis 2 ans. L'objectif actuel est d'augmenter les financements de la Sécu par exemple (à l'opposé d'une vision selon laquelle si la sécu dérembourse cela crée davantage de matière remboursable pour les mutuelles).

Quelle est la structuration de la FMF à date ?

La FMF a 20 salariés en tout, qui sont organisés autour de quatre pôles d'activité :

- Le pôle administratif et financier, avec environ 5 personnes.
- 3 directions :
 - Direction de la complémentaire santé/prévoyance (Livre II) : deux personnes. Appui des mutuelles de Livre II sur l'ensemble de leurs activités, ainsi que leur représentation. Le président siège au GIE sésame vitale, ce qui permet de peser sur les décisions prises.
 - Le même dispositif, axé sur les activités « Livre III », 4-5 personnes. Activité renforcée sur un seul GIE des activités de groupement des Livre III, qui sont mutualisées dans deux GIE (dentaire et audio/optique) : cela consiste à gérer pour le compte des mutuelles adhérentes les achats notamment. Le fait que les mutuelles de France mutualisent permet des gains importants pour les mutuelles (achats en gros) est la vertu du GIE (qui est aussi géré démocratiquement).
 - Confère une représentativité et une capacité politique. Le GIE ne représente pas directement ses membres mais les mutuelles de France participent à la représentation des centres dans les structures. Le RNOGCS est une organisation représentative auprès de la sécurité sociale et de l'État, qui signe les conventions médicales régissant l'activité des centres de santé. Autrement dit, ici aussi la

représentation politique est permise (à la fois représentation + expertise) en-dehors de la FNMF.

Le quatrième pôle : coordination politique, et regroupe 4-5 personnes. Sésame Vitale, Ecoutervoir, ... Livre 2 et 3. Travail d'affaires publiques, organisation des instances, ou événementiel politique (cf congrès de Marseille).

En Livre II, ils représentent 1,5 millions de personnes protégées. Pour se faire une idée de ce que cela représente, il faut dire qu'il y a aujourd'hui 66 millions de français, et la mutualité en gère la moitié. Donc du côté de la FMF ça ne fait pas plus de 5 %. Or sur Livre III ils représentent environ 10 % des centres de santé mutualistes (en nb de centres) = poids significatif lié à l'histoire : ils ont par le lien avec mouvement syndical tenu à avoir capacité forte à offrir du soin aux ouvriers. Cela explique aussi que dans les implantations territoriales, les centres de santé sont souvent implantés dans les quartiers populaires : c'est là où il y avait des ouvriers et donc du besoin.

En 2001 le nouveau Code de la mutualité est mis en place et distingue les organisations qui géraient ensemble deux éléments (syndicat-mutuelle). Elles ont donc dû scinder leurs activités, ce qui conduit les mutuelles de Livre III à chercher leurs ressources seules (le Livre II ne peut plus aider).

Comment fonctionnent les GIE à date ?

Sont spécialisés sur le dentaire, l'optique et l'audio, dans une logique d'achat groupé. CA et Codir qui regroupent les élus Livre II et les directeurs Livre III (gestion).

Qu'est-ce que la Fédération définit comme la « Sécurité sociale de haut niveau », et quelle est la différence par rapport à des notions comme la « Sécurité sociale intégrale » par exemple ?

Une définition en positif d'abord.

Ce terme fait référence à une sécurité sociale qui prend en charge le mieux possible les dépenses de santé, les dépenses en prévoyance et autres dépenses des assurés sociaux, et qui le fait sans aucune distinction de territoire, de statut administratif ou de revenu. Renvoie notamment au rôle de la CSS (Complémentaire santé solidaire, ancienne CMU) ou de l'AME (aide médicale d'État) : ce n'est pas parce qu'on n'a pas de carte de séjour en règle qu'on ne doit pas avoir de

protection sociale, etc. La Sécu devrait être pour toutes et tous, partout sur le territoire, peu importe le statut. Prendre en charge le mieux possible, concerne la question du périmètre, du « quoi » : tous les soins prodigués en France (en santé) doivent faire l'objet d'une nomenclature d'acte, ainsi que d'une prise en charge la plus élevée possible (pas à 100 % pour autant).

Ce dernier élément permet d'introduire la définition en négatif.

Pas 100 % : Le tarif de la sécurité sociale, sur une consultation est à 26,5e, et le tx de la sécu à 70 %. Il existe une participation forfaitaire qui ne peut être prise en charge (cf aussi le « ticket modérateur »), qui va d'ailleurs être doublée dans quelques mois. Par ailleurs, des professionnels de santé appliquent le tarif conventionné, et d'autres non. Aussi, le 100 % = tarif de la sécurité sociale, or elle ne prend pas tout en charge et 100 % ne suffit pas en cas de dépassements d'honoraires. La FMF est donc très critique du « 100 % sécu ».

Il admet que le terme « de haut niveau » peut être flou, et mentionne qu'il est aussi à comprendre dans le sens d'une sécurité sociale 100 % financée, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Enfin, cela fait référence à des tensions en termes de baisse en termes de pv d'achat pour financer la santé : depuis plusieurs années l'augmentation du budget de la sécurité sociale est plus faible que l'inflation.

Attachement ESS : Comment est-ce que la Fédération des mutuelles de France s'ancre dans ses statuts de l'ESS ?

Sujet d'actualité, 10 ans que loi Hamon est passée. Le positionnement de la FMF est de dire que statut n'est pas vertu, mais que c'est quand même une condition. Le statut est un garde-fou.

Attachement notamment à la question de la non-lucrativité, et opposition à la logique de lucrativité limitée : qui définit la limite ? Cela ouvre la porte à l'entrée des entreprises à mission au sein de l'ESS. En revanche la FMF est très ouverte sur les activités de l'ESS, et soutient qu'une entreprise de l'ESS peut faire n'importe quelle activité (bancaire, finance aussi).

Non-lucrativité = pas de capital distribuable. Concrètement parlant, à la fin de l'année, les fonds propres sont constitués mais il n'y a pas de distribution entre les membres (pas de dividendes ou de capital sauf en cas très particuliers comme la liquidation judiciaire). Ensuite sur les résultats : quand ils sont positifs, la redistribution ne se fait qu'au profit des membres et n'est

pas un dividende (elle n'est pas pondérée par la quantité d'actions détenues). Obligation légale de redistribuer les résultats :

en services (donné aux adhérents, rénover site internet, etc.)

en prestations (ne pas augmenter les tarifs par ex)

La non-lucrativité est l'atout de l'ESS et permet sa résilience, car l'argent reste en circuit fermé.

Aspect démocratique : les adhérents sont appelés à voter pour diriger la structure. Vitalité démocratique existe +/- fortement, ttes mutuelles sont confrontées au renouvellement des équipes dirigeantes car l'investissement mutualiste ne va pas de soi.

Segmentation

Le point de départ des sociétés de secours mutuel était une cotisation unique quel que soit l'âge, le genre, le besoin. Aujourd'hui, avec l'arrivée de la concurrence des assureurs, ils n'ont pas le droit de sélectionner les adhérents, mais peuvent décider de proposer un tarif moins cher pour les gens de moins 30 ans, ce qui est une forme de sélection puisque l'organisation attirera nécessairement plus de gens de moins de 30. C'est donc un processus de segmentation des populations. Elle a été tolérée et admise pour l'âge, avec des tarifs plus avantageux pour les jeunes (cependant deux personnes du même âge doivent avoir le même tarif à niveau de couverture égal). On admet donc une forme de segmentation.

Vient s'ajouter à cela le fait que depuis 2016 l'ANI, met en place l'obligation pour les entreprises de mettre en place une complémentaire santé via un contrat collectif obligatoire. Avant, on était salarié, on avait une mutuelle, et on pouvait la garder. Or à présent, quand on devient salarié, on doit obtenir une complémentaire et on est contraint de la prendre (sauf certains cas spécifiques). **L'effet direct est la segmentation entre les salariés et le reste du monde.** La moyenne d'âge des actifs est d'environ 40-50 ans, où on a moins de dépenses que quand on est âgé. On met donc un mur d'étanchéité entre les mutuelles pour les actifs et celles pour les autres, càd principalement les retraités (mais aussi de façon plus marginale les inactifs : jeunes, travailleurs indépendants).

Coupure entre actifs/retraités qui est problématique : les mutuelles avaient un dispositif de mutualisation actifs/retraités. Exemple de la MGEN : on est professeur, on reste souvent jusqu'à la mort dans sa mutuelle, donc on paie pdt tt la vie à la MGEN. Or avec le contrat

collectif de l'éducation nationale pour les actifs, cela ne concerne plus les retraités. On a donc un contrat théoriquement moins cher pour les actifs mais les retraités n'y trouvent plus leur compte. Par ailleurs, si la MGEN n'obtient pas le contrat pour les actifs, elle se retrouve qu'avec les retraités. **Cela casse la solidarité, c'ad la mutualisation entre les « mauvais » et « bons » risques. Déséquilibre favorable pour les actifs et très négatif pour les âgés qui ne bénéficient plus de la solidarité des autres.**

Aujd la mutualité française couvre 50 % des individus, mais parmi les retraités c'est 75 %.

Annexe 4 : Prise de note d'un entretien sur les évolutions réglementaires du Livre II

Entretien du 25 février 2025 avec le Directeur général d'une Union de Livre III et Président d'une Mutuelle de Livre II d'origine syndicale.

Contexte : mutualité libérale VS mutualité syndicale

Evolution de l'articulation du régime de sécurité sociale et du régime complémentaire :

1. D'abord une logique sociale (compétence et contrôle des pouvoirs publics)
2. Puis le glissement 1990s-2000s vers une logique assurantielle/financière

La logique assurantielle est notamment permise par l'étatisation de la Sécurité sociale. Les risques lourds sont pris en charge par la SS (ALD, etc.), tandis que les risques "solvables" ou assurables sont pris en charge par le marché privé classique (lucratif ou non).

Ticket modérateur. Dans le passé, les assurés sociaux se rendaient à la caisse de SS pour demander un ticket physique, le ticket modérateur, leur permettant de ne pas avoir à avancer de frais de santé. Aujourd'hui, l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) négocie avec les professionnels de santé des tarifs conventionnels (optique, dentaire, médecine générale ou autres). Cette négociation est continue, et est faite sur l'ensemble de la base de remboursement (BR), alors même que la partie de l'AMC ne relève pas de la responsabilité de la SS. [voir schéma BR = AMO + AMC]. AMC = ticket modérateur.

Le système de protection sociale (SS) est indissociable du système économique en place. L'évolution de la complémentaire santé est donc intimement liée à l'évolution du capitalisme :

- d'un Klisme industriel (mi-XIXe - 1970s) lié au contexte de plein-emploi, où tout le monde est assuré et cotise, et où la maladie est donc un enjeu sanitaire et social.
- à un Klisme financier dont le maître mot est la maîtrise des risques (notamment sanitaires, mais aussi financiers), et in fine la maîtrise des coûts liés à ces risques. La logique est économique et financière.

Processus d'**étatisation de la Sécurité sociale**, par l'exemple de la retraite. Jusque 1970s le système de retraite = régime général + régime complémentaire (Agirc-Arrco). Le budget de la retraite représente environ la moitié du budget de la SS (soit deux fois plus que l'AMO) →

d'où la volonté d'organiser à la fin des 30 glorieuses. Le régime des retraites reste privé mais on en fait un régime obligatoire sous tutelle de l'État, du fait de l'importance des sommes et des risques liés. Regain des systèmes sur-complémentaires et apparition du Perco (plan d'épargne pour la retraite collectif). On a donc le régime obligatoire + régime complémentaire + surcomplémentaire. Or les systèmes plus individuels type Perco sont rendus possibles du fait de la préexistence d'une organisation par les PP du système de retraites (organisé "la base").

Étatisation de l'assurance maladie.

- Initialement : régime obligatoire (SS), chaque caisse (CPAM) gère ses cotisations au niveau local, et les disparités territoriales (tarifs etc.) sont fortes. Le tissu des mutuelles L2 est donc local, puisque issu de cette organisation par CPAM locale. On parlait de "mutuelles familiales" car on essayait de les faire les plus petites possible.
- Organisation : création des caisses nationales d'assurances maladie (CNAM), et comme bras droit des caisses l'ACOSS (agence centrale d'organisation de la sécurité sociale). Ces CNAM s'occupent de contrôler l'uniformité du dispositif des CPAM.
- **Étatisation (centralisation?) :**
 - a. Première poussée (fin 1960s - 1975s) = création des caisses nationales. Discours du déficit de la Sécurité sociale, lié au contexte économique des chocs pétroliers, etc.
 - b. Seconde poussée (depuis 1990s) = les ministres administrent et sont décideurs des caisses nationales. Ex des plans Juppé :
 - i. Le budget de la Sécurité sociale était avant négocié par les partenaires sociaux puis LFSS négocié par les députés ; AM nationale ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie), fixé annuellement par les députés, et correspond aux prévisions de recettes et aux objectifs des dépenses de la sécurité sociale.
 - ii. ONDAM : 2% d'inflation, maîtrisée
 - iii. Convention d'objectifs de gestion (COG) = convention de 5 ans d'objectifs et de moyens des organismes de la SS → contrat pluriannuel de gestion (CPG), qui détaille notamment indicateurs et budget (dans les annexes).
 - c. 2005 : les CA des caisses nationales deviennent des conseils (plus de pouvoir délibératif, contrairement à avant)
 - Autre exemple de l'étatisation : les hautes fonctions de la SS sont trustées/monopolisées par les hauts fonctionnaires (type Thomas Fatom)

- En réaction à cette étatisation, les mutuelles n'ont plus eu de grand intérêt à leur organisation locale → fusion, grossissement des organisations par mimétisme institutionnel des organisations complémentaires. Par exemple, aujourd'hui l'UMF73 n'a plus de liens avec la CPAM de la Savoie.
 - Seul intérêt résiduel : l'incarnation de la démocratie. Par exemple, la MEN a 39000 adhérents, pour 57 délégués à l'AG (ratio acceptable en comparatif des autres organismes mutualistes L2).

Financiarisation de la santé. La mutualité bouge ~1980s : initialement les seules à faire de la complémentaire santé, et complétées par sociétés de prévoyance, et par les assureurs privés (qui ne font de l'assurance que de biens et non de personnes).

Solvabilité 1, financiarisation. Klisme financier → fin du monopole des L2 sur la complémentaire santé, concept des **3D** (Théorie de la régulation, Henri Bourguinat) :

- Décloisonnement = tout acteur peut agir sur tout champ (par exemple une crèche peut être une coopérative, une asso, ou encore une structure privée lucrative).
- Désintermédiation = toute personne peut être en santé (arrivée des courtiers)
- Déréglementation = la déréglementation de signifie pas moins de réglementation, mais vise à maximiser les flux financiers et en augmenter la vitesse. Cadre contraint, mais à l'intérieur ont fait ce qu'on veut. Toute personne peut être intermédiaire entre l'offre de service et le client.
- (Dématérialisation) = contribue encore davantage à l'augm. de la vitesse de circulation des flux financiers.

Les L2 sortent du champ sanitaire et social pour entrer dans le champ financier (voir S56)

- 1964 contrôle par DDASS (et non les préfectures) puis DRASS
- 1990s-2004 : CCMIP et ACA
- 2010 : création de l'APCR, qui met sur un pied d'égalité tous les acteurs de la complémentaire santé (mutuelle, prévoyance, privé lucratif) et les acteurs banquiers (banques de dépôt et d'investissement). Se passe en même temps que les plans Juppé.

Double mouvement d'étatisation et de libéralisation. Un champ libéralisé : champ toujours organisé par les pouvoirs publics.

1. 1989, Loi Evin : les contrats collectifs ont l'obligation pendant 3 ans de proposer un contrat, très réglementé, aux salariés qui partent à la retraite, et au-delà plus de

réglementation donc forte hausse des tarifs qui pousse les retraités à partir. Interdiction des discriminations de genre dans la tarification des cotisations en complément santé.

2. 1994, Loi Madelin : pour les travailleurs indépendants, la complémentaire santé est déductible des charges (permet de payer moins d'impôts) dans certaines conditions.

Reste un PB : l'AMO ne couvre pas tout le monde (1999-2016)

- surtout pas les professions libérales (artisans, commerçants) → création de régimes spécifiques 1970s = résolu par l'étatisation
- En 1998 16% des français n'ont pas de couverture complémentaire. Donc pour les personnes précaires non solvables, maximisation de la couverture de complémentaire santé par la création de la CMU en 1999. La CMU est financée par les complémentaires (lucratives ou non) par taxe.
 - Lien avec le système économique : ce problème est lié à la fin du plein emploi et l'arrivée du chômage de masse et de longue durée.
- Pour les salariés du privé
 - 2009, Loi Fillon : les entreprises proposant un contrat collectif de complémentaire santé peuvent être exonérées de certaines taxes → incitation
 - 2016, obligation de la complémentaire santé collective
- Aujourd'hui les délaissés de la complémentaire santé sont les retraités, car ils ont soit des contrats individuels chers soit des contrats d'entreprise chers (loi Evin avec dumping après les 3 ans réglementaires).

Complémentaire santé = libéralisation & nouveau cadre réglementaire. Organisation d'un marché qui doit être solvable (càd que les 16% qui n'étaient pas couverts en 1998 doivent l'être).

2004 : cahier des charges sur la complémentaire santé. 2000s : contrats responsables (instaure différentes taxes).

Voir S62 ajd la mutualité représente 47%, ce qui doit questionner la mutualité, alors qu'ajd c'est pas évident (tout le monde fait l'autruche).

Solvabilité II

1. Exigences quantitatives, fournies à l'ACPR
 - ratios de solvabilité, pyramide des âges, placements, etc.

- on “choque” les placements càd qu’on identifie, par ex pour le siège MEN à combien on peut le vendre minimum sans que ça impacte les équilibres de la mutuelle (par ex max 30% de perte).
- Rapport ORSA : prévision de scénarios de risques, permettant d’évaluer si la mutuelle pourrait continuer ses activités face aux risques identifiés (fait par le Comité d’audit et des risques)

2. Exigences qualitatives

- Règle des 4 yeux : un dirigeant effectif (Président) et un dirigeant opérationnel (DG)
- Fonctions clés

i. Conformité (juridique et légale)

ii. Gestion des risques (blanchiment d’argent, fraude). Contrôle interne = ce n’est pas la même personne qui traite tout le flux de remboursement (contrôle embarqué) + la personne qui contrôle va analyser un échantillon de rbt et le contrôler (contrôle sur pièce ou par échantillonnage). Voir schéma

iii. Audit interne (par exemple le P/C, ...)

iv. Actuariat : calcul statistique des risques (redresser le P/C en incluant l’ONDAM, etc.)

3. Information transparente : les institutions économiques doivent produire une bonne information de communication pour permettre une bonne rationalité des individus. Information sur les normes respectées, rapports RSE, ou encore sur les obligations de rapports SFCR.

Rapport SFCR. Le risque diminue le plancher de solvabilité. SCR = minimum 150%. MCR = minimum capital requis, à combien de % il est couvert.

Rapport ORSA : évalue le ratio de solvabilité en fonction des différents risques.

D’un autre côté, Solv II oblige les entreprises à être carrées.

Double effet = tarification à l’âge + généralisation de la complémentaire santé → dumping social.

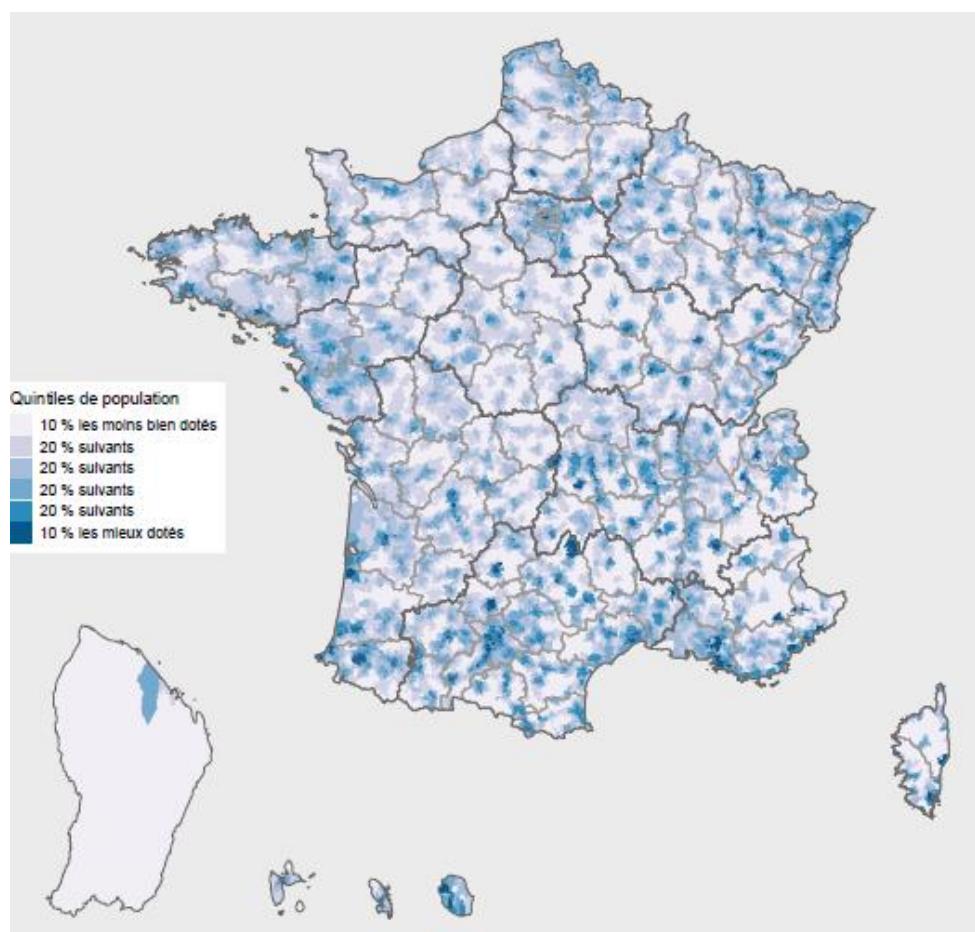
Spécialisation/segmentation des populations (CMU, contrats collectifs, retraités, etc.)

Annexe 5 : Réforme RAC-0 sur les soins dentaires



Source : FNMF, (s. d.)

Annexe 6 : Accessibilité aux chirurgiens-dentistes en 2021



Depuis : DREES, 2023

Annexe 7 : Renoncement aux soins dentaires pour raisons financières en 2014

Taux de renoncement aux soins pour raisons financières selon le type de soin et le type de couverture santé chez les 18-64 ans en 2014 (en %)

	Ensemble des soins	Soin dentaire	Soin d'optique	Consultation médicale	Autres soins ou examens
Ensemble de la population des 18-64 ans	26,3	17,3	10,3	6,2	5,0
Des bénéficiaires de la CMU-C	32,9	21,5	15,7	6,8	7,0
Des bénéficiaires d'une complémentaire privée	24,2	15,6	9,1	5,3	4,3
Des personnes sans complémentaire	55,0	41,3	24,4	21,3	16,2

Champ : population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans.

Lecture : 24,2 % des bénéficiaires d'une couverture privée et 32,9 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières au cours des douze derniers mois en 2014.

Source : Drees-Irdes, ESPS-EHIS 2014, calculs Drees.

Depuis : DREES, 2014

Table des matières

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	4
INTRODUCTION	5
I – DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUEL AUX ŒUVRES SOCIALES (SSAM) : LES SPÉCIFICITÉS DE LA RÉPONSE MUTUALISTE AUX BESOINS EN SANTÉ	10
A) SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUEL ET ORIGINES SYNDICALES DE LA MUTUALITÉ	11
1. <i>Développement et institutionnalisation des sociétés de secours mutuel, premières origines mutualistes, sociales et solidaires</i>	11
2. <i>Des sociétés de secours mutuel à la création de la Sécurité sociale : comprendre la différence entre la mutualité libérale et syndicale</i>	15
B) DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUEL AUX ŒUVRES SOCIALES : LA CRÉATION D'ŒUVRES SOCIALES	17
1. <i>Aux origines des œuvres sociales mutualistes : de la mutualité impériale aux services de soins et d'accompagnement</i>	18
2. <i>La création des œuvres sociales par les mutuelles ouvrières</i>	20
II – FINANCIARISATION DE LA SANTÉ ET DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : FACTEURS DE TRANSFORMATION ET DE MISE EN TENSION DES UNIONS MUTUALISTES	26
A) LA CRÉATION D'UN « MARCHÉ EUROPÉEN DE L'ASSURANCE » (1970-2019)	27
1. <i>Création d'un marché européen de l'assurance : libéralisation et harmonisation de l'activité de complémentaire santé</i>	28
2. <i>La généralisation de la complémentaire santé</i>	39
3. <i>L'harmonisation de l'offre des complémentaires santé : vers une banalisation des structures mutualistes de Livre II et de Livre III</i>	42
B) COMPRENDRE L'EXTENSION EN COURS DE LA FINANCIARISATION AU SECTEUR DE L'OFFRE DE SOINS ET SES IMPACTS SUR LES ORGANISMES MUTUALISTES	46
1. <i>Déterminants structurels des tensions dans la gestion d'une activité ambulatoire par les Unions de Livre III</i>	47
2. <i>Un encadrement réglementaire, budgétaire et administratif croissant, vers le développement de procédures de commande publique (2009-2022)</i>	54
3. <i>Régulation des centres de santé : diminution de la marge de manœuvre sur la gestion des activités et diminution de la capacité d'innovation des Livres III (2022-2024)</i>	63
III – RECOMPOSITION DE L'IDENTITÉ MUTUALISTE PAR DES LOGIQUES DE COOPÉRATIONS	68
A) RETROUVER UNE CAPACITÉ D'INNOVATION DES SSAM	69
B) LA GOUVERNANCE DÉMOCRATIQUE : LE POUVOIR D'AGIR DES ADHÉRENTS	71
CONCLUSION	73

BIBLIOGRAPHIE.....	75
<i>Articles.....</i>	<i>75</i>
<i>Ouvrages.....</i>	<i>77</i>
<i>Thèses.....</i>	<i>78</i>
<i>Rapports.....</i>	<i>78</i>
<i>Sites web.....</i>	<i>79</i>
<i>Références législatives et réglementaires.....</i>	<i>80</i>
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGNES ET ACRONYMES	83
ANNEXES.....	85
ANNEXE 1 : MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE.....	85
1.1 <i>Méthodologie d'entretiens.....</i>	<i>85</i>
1.2 <i>Grille d'entretiens.....</i>	<i>87</i>
ANNEXE 2 : RETRANSCRIPTIONS DES ENTRETIENS.....	89
2.1 <i>Entretien avec un Directeur d'Union d'origine syndicale (Union 1).....</i>	<i>89</i>
2.2 <i>Entretien avec un Directeur d'Union d'origine syndicale (Union 2).....</i>	<i>99</i>
2.3 <i>Entretien avec un Président d'Union d'origine syndicale (Union 1).....</i>	<i>119</i>
2.4 <i>Entretien avec un Président d'Union d'origine syndicale (Union 2).....</i>	<i>130</i>
2.5 <i>Entretien avec un Président et une Directrice d'une Mutuelle dédiée d'origine syndicale.....</i>	<i>148</i>
ANNEXE 3 : ENTRETIEN AVEC UN SALARIÉ DE LA FÉDÉRATION DES MUTUELLES DE FRANCE (FMF).....	175
ANNEXE 4 : PRISE DE NOTE D'UN ENTRETIEN SUR LES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES DU LIVRE II	183
ANNEXE 5 : RÉFORME RAC-0 SUR LES SOINS DENTAIRES.....	188
ANNEXE 6 : ACCESSIBILITÉ AUX CHIRURGIENS-DENTISTES EN 2021.....	189
ANNEXE 7 : RENONCEMENT AUX SOINS DENTAIRES POUR RAISONS FINANCIÈRES EN 2014.....	190
TABLE DES MATIÈRES	191
SYNTHÈSE	193

Synthèse

Les associations ouvrières, sous la forme des sociétés de secours mutuel, ont constitué les premières formes de protection solidaire face aux risques liés à la maladie, ou au travail. Les initiatives mutualistes dépassent un simple rôle de remboursement des dépenses de santé. Par leurs œuvres sociales, elles contribuent à la démocratisation de l'accès aux soins. Si la mutualité a joué un rôle pionnier dans la construction du système de protection sociale français, le mouvement de financement des secteurs de la santé de la complémentaire santé, initié en 1970, favorise la concentration des organisations mutualistes et tend à banaliser leur identité par des dynamiques de libéralisation et de mise en concurrence des acteurs. Ces mutations interrogent la capacité du mouvement mutualiste à préserver ses spécificités face à une logique concurrentielle de marché. Ce travail vise donc à démontrer dans quelle mesure la financement, par la libéralisation et la mise en marché des secteurs de la complémentaire santé et de la santé, redéfinit les finalités des organisations mutualistes de Livre III, les conduisant à repenser leurs stratégies et leurs modèles organisationnels.

Workers' associations, in the form of mutual benefit societies, were the first forms of solidarity-based protection against risks related to illness or work. Mutual benefit initiatives go beyond simply reimbursing healthcare expenses. Through their care structures, they contribute to democratizing access to healthcare. While mutual insurance played a pioneering role in the development of the French social protection system, the financialization of the health and complementary health insurance sectors, which began in 1970, has led to the consolidation of mutual organizations and tended to blur their identity through liberalization and competition between players. These changes call into question the mutualist movement's ability to preserve its specific characteristics in the face of competitive market forces. This work therefore aims to demonstrate the extent to which financialization, through the liberalization and commercialization of the complementary health insurance and healthcare sectors, is redefining the objectives of mutualist care structures, leading them to rethink their strategies and organizational models.