

Chapitre XVIII

La sécurité sociale des étudiants

PRESENTATION

La loi du 23 septembre 1948 a étendu aux étudiants, pour les prestations en nature maladie et maternité, le régime applicable aux travailleurs salariés et en a prévu le service par une mutuelle. La mutuelle nationale des étudiants de France (MNEF) a été alors créée à cet effet.

Elle fut jusqu'en 1971 la seule mutuelle étudiante avec la mutuelle générale des étudiants de l'Est. À cette date, le législateur autorisa dans chaque région, sur le modèle de la région Lorraine, une autre mutuelle étudiante et se constitua alors dans chaque région un duopole. À partir de 1980, les différentes mutuelles étudiantes proposèrent à leurs affiliés de souscrire des garanties complémentaires, part de leur activité qui est communément appelée régime complémentaire (RC) par opposition au régime obligatoire (RO).

En 2012, les mutuelles étudiantes ont remboursé au titre du régime obligatoire 792 M€ de dépenses de soins à environ 1 715 000 affiliés, dont 54 % pour la mutuelle des étudiants (LMDE) qui a succédé à la MNEF en 2000 et 46 % pour les 11 sociétés mutuelles étudiantes régionales (SMER⁶²⁹) regroupées au sein du réseau EMEVIA. Elles ont perçu à ce titre 93 M€ de remises de gestion versées par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

La Cour a procédé à une analyse de ce mode de gestion que l'on ne retrouve dans aucun pays comparable⁶³⁰ de la gestion des prestations maladie par trois de ces mutuelles, la LMDE et deux mutuelles régionales, la SMEREP et VITTAVI, qui représentent les deux tiers des affiliés à la sécurité sociale étudiante.

Ce mode de gestion très spécifique, au périmètre complexe et à la gouvernance insatisfaisante, apparaît peu encadré (I). Sa qualité de service

629. SMEREP (Paris), SMERAG (Antilles Guyane), SMENO (Nord), SMECO (Centre), SMEBA (Bretagne), VITTAVI (Sud-Ouest), MEP (Provence), SMEREB (Bourgogne), MGEL (Lorraine), SMERRA (Rhône Alpes), VITTAVI Réunion.

630. Le récent rapport du Sénat sur ce sujet - *Rapport d'information, fait au nom de la commission des affaires sociales par le groupe de travail sur la sécurité sociale et la santé des étudiants*, n° 221, 12 décembre 2012 - qui a examiné les dispositifs mis en place pour les étudiants dans huit États européens (Allemagne, Angleterre, Belgique, Danemark, Espagne, Italie, Pays bas, Suède) montre que les étudiants y sont, pour l'essentiel, soumis aux dispositions du droit commun. La pratique de la gestion déléguée du service de prestations n'existe qu'en Belgique où elle vaut pour l'ensemble des assurés et non pour les seuls étudiants.

est très insuffisante, qu'il s'agisse du remboursement des prestations ou des relations avec les assurés (II) et ses coûts de gestion sont élevés (III).

I - Un mode de gestion singulier et peu encadré

A – Un dispositif spécifique

1 – De fortes originalités

La sécurité sociale étudiante⁶³¹ qui gère par délégation de la CNAMTS les prestations maladie et maternité au bénéfice des inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur constitue un dispositif singulier :

- l'affiliation y est par nature temporaire et ne dure en moyenne que trois ans, les étudiants se trouvant en situation de transition entre le statut d'ayants droit de leurs parents et le plus souvent celui d'assurés sociaux en tant que salariés lorsqu'ils entrent dans la vie active ;
- les étudiants ont le choix de leur mutuelle d'affiliation, ce qui institue une concurrence pour leur recrutement entre mutuelles ;
- ils sont tenus d'acquitter chaque année une cotisation spécifique (207 €), qui n'est toutefois due que s'ils sont âgés de plus de 20 ans et dont sont exonérés en particulier les boursiers. Les cotisations encaissées ne couvrent qu'environ le quart des dépenses engagées à leur bénéfice et leur couverture maladie-maternité fait l'objet chaque année d'une importante contribution d'équilibre par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie⁶³².

631. Le terme de « régime étudiant » couramment utilisé est impropre car les étudiants sont légalement affiliés au régime général et la délégation de gestion dont bénéficient les mutuelles n'est pas constitutive d'un régime de base. Le « régime étudiant » est un dispositif particulier d'affiliation et de service des prestations.

632. En application du 2° de l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale.

Tableau n° 97 : aspects financiers de la sécurité sociale étudiante.*En M€*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total des recettes et des dépenses (a)	732	760	804	788	773	792
Cotisations (b)	165	166	176	166	175	181
Autres recettes (c) ⁶³³	13	15	20	15	19	14
Remises de gestion de la CNAMTS	86	82	81	82	86	93
Contribution d'équilibre des régimes de sécurité sociale	468	497	527	528	493	504
Taux de couverture par les cotisations et recettes autres que les apports des régimes (b+c)/(a) (%)	27,5	26,7	27,1	25,2	28,2	27,9

Source : CNAMTS

2 – Un périmètre complexe

Le code de la sécurité sociale dispose⁶³⁴ que sont affiliés les étudiants « qui, n'étant pas assurés sociaux à un titre autre [...] ou ayants droit d'assuré social, ne dépassent pas un âge limite » fixé à vingt-huit ans⁶³⁵. C'est à l'entrée dans le dispositif, quand l'étudiant quitte le statut d'ayant droit, ou à sa sortie, lorsqu'il devient salarié, que se manifestent des difficultés.

a) Les ayants droits autonomes

Les étudiants restent ayants droit de leurs parents jusqu'à l'âge de 20 ans⁶³⁶. Ils sont cependant obligatoirement gérés depuis 1998, pour ceux d'entre eux dont les parents relèvent du régime général, par les mutuelles étudiantes mais ne sont pas soumis à cotisation. Cette réforme des ayants droits autonomes s'est traduite par une très significative extension de la population affiliée : les étudiants de moins de 20 ans représentent chaque année entre 35 % et 40 %⁶³⁷ de celle-ci.

Les étudiants de 16 à 20 ans dont les parents ne relèvent pas du régime général sont placés dans des situations spécifiques définies par ces régimes. Il en résulte une très grande hétérogénéité des situations selon

633. Recours contre tiers, recettes de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), etc.

634. Article L. 381-4 du code de la sécurité sociale.

635. Article R. 381-5 du code de la sécurité sociale.

636. Article L. 313-3 du code de la sécurité sociale.

637. La mutuelle des étudiants et la mutualité française, *Santé et conditions de vie des étudiants*, mai 2012, p. 19.

les âges des individus, leurs activités professionnelles et le régime de rattachement de leurs parents. Ainsi, à titre d'exemple, les étudiants dont les parents relèvent du régime de la SNCF restent affiliés jusqu'à 28 ans à ce régime.

b) Les étudiants salariés

Le code de la sécurité sociale dispose⁶³⁸ que l'assuré a droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général pendant l'année suivant la fin de la période de référence, s'il justifie à cette date d'une activité minimale.

Or 73 % des étudiants ont une activité rémunérée à un moment ou l'autre de l'année⁶³⁹, ce qui peut les conduire, au cours de leur vie étudiante, à relever du régime général par intermittence. Ceci explique pour partie que 27 % de la population étudiante n'est pas affiliée à la sécurité sociale étudiante.

3 – Une sous-affiliation non négligeable

L'obligation pour les étudiants de relever du régime de droit commun lorsqu'ils sont salariés et leur souhait de disposer d'un régime offrant une meilleure qualité de service peuvent être, en jouant sur la réglementation complexe régissant l'affiliation d'étudiants au régime général, à l'origine d'un phénomène de non affiliation volontaire à la sécurité sociale étudiante.

La Cour estime sur la base d'un sondage réalisé auprès des universités de l'académie de Toulouse que ce phénomène concerne autour de 6 % des étudiants non rattachés à la sécurité sociale étudiante, soit par extrapolation environ 40 000 personnes au niveau national⁶⁴⁰.

Cette sous-affiliation regrettable traduit une insuffisante coordination entre la direction de la sécurité sociale et la direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle (DGESIP). La direction de la sécurité sociale a précisé à la Cour qu'une harmonisation des pièces justificatives exigées par les établissements d'enseignement supérieur était en cours.

638. Article R. 313-2 du code de la sécurité sociale.

639. Repères, *La vie étudiante*, Observatoire de la vie étudiante, 2011.

640. En cas de besoins de soins lourds, ces situations font généralement l'objet de décisions d'espèce (régularisations rétroactives par les universités ou mobilisation des fonds de secours des mutuelles).

B – Une gouvernance peu satisfaisante

1 – Des contrats avec l'assurance maladie insuffisamment incitatifs

Il n'existe pas de convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et les mutuelles étudiantes mais seulement des contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés entre la CNAMTS et chaque mutuelle étudiante, qui mettent en œuvre les dispositions de la COG entre l'État et la CNAMTS.

Cependant celle-ci ne comporte aucune disposition qui assigne des objectifs particuliers en matière de sécurité sociale étudiante qui pourraient être ensuite déclinés dans les contrats passés entre la CNAMTS et les mutuelles. Le rôle des services de l'État se limite à arrêter chaque année le montant de la cotisation étudiante et à intervenir, le cas échéant à la demande des mutuelles étudiantes, pour faciliter leur dialogue avec la CNAMTS.

Celui-ci se polarise lors de la négociation des contrats pluriannuels sur la détermination du montant des remises de gestion, sans que la mise en œuvre par les mutuelles des objectifs de la convention de la CNAMTS avec l'État fasse l'objet d'une attention suffisante pour véritablement « placer l'assuré au cœur de l'action »⁶⁴¹.

De fait les contrats pluriannuels prévoient le suivi d'une vingtaine d'indicateurs puisés parmi ceux qui sont utilisés ou ont été utilisés pour mesurer les performances des caisses primaires sans qu'ils aient fait l'objet d'une adaptation aux particularités de la sécurité sociale étudiante. Ainsi en est-il par exemple de l'indicateur « délai de diffusion d'une carte Vitale en cas de perte, vol ou carte défectueuse », beaucoup moins pertinent que ne le serait un indicateur « délai de mutation de la carte Vitale » qui pose des problèmes considérables (cf. *infra*). Alors que, pour les CPAM, le délai de remplacement peut certes constituer un des éléments de la qualité de service, pour la sécurité sociale étudiante, c'est la mutation inter-régime qui affecte un tiers des affiliés chaque année qui constitue un point crucial et ignoré des contrats pluriannuels de gestion.

641. Préambule de la COG 2010-2013 : « il importe de placer les assurés sociaux au cœur de l'action conjointe de l'État et de l'assurance maladie en leur permettant d'être les acteurs de leur santé et en leur offrant des services à la hauteur de leurs attentes et de leurs besoins ».

2 – Des objectifs auto-assignés

Les mutuelles étudiantes poursuivent dès lors des objectifs qui ne leur ont été fixés ni par les services de l'État ni par la CNAMTS ni au demeurant par l'ensemble de la population qu'elles gèrent : les étudiants seulement affiliés, qui représentent les trois quarts de celle-ci, ne pouvant voter, leurs instances ne sont désignées que par les seuls adhérents à une garantie complémentaire⁶⁴², qui au demeurant se mobilisent peu : les conseils d'administration des mutuelles sont en effet élus par un peu plus de 4 % des adhérents, ce qui représente un peu moins de 1,2 % des affiliés.

a) *L'action en faveur de la santé des étudiants*

Les mutuelles étudiantes, et plus particulièrement la LMDE, placent la prévention au cœur de leurs préoccupations mais seuls 4,3 M€ y sont consacrés. C'est notamment la « prévention par les pairs », qui repose sur la proximité entre préventeurs et étudiants, qui serait à la fois son originalité et la garante de ses résultats.

L'efficacité de ces approches est cependant très complexe à évaluer, notamment en raison de la diversité des objectifs, des fonctions assignées aux pairs et des méthodes d'intervention. Selon le bilan qui en a été fait par l'INSERM, il n'existe « pas de démonstration univoque sur l'efficacité des pairs multiplicateurs en termes d'influence ».

Les spécificités de la santé des étudiants

Les étudiants sont en meilleure santé, non seulement que le reste de la population, mais aussi que la population d'âge comparable non étudiante, selon toutes les enquêtes disponibles sur les recours aux soins et sur la santé ressentie. Selon la LMDE, 82 % des étudiants jugent leur état de santé bon (56 %) ou très bon (26 %). Selon l'union des SMER, ils seraient même 95 % dans ce cas.

642. Selon l'article L. 114-1 du code de la mutualité qui dispose que « les membres participants d'une mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré ».

Si la jeunesse étudiante se caractérise par une certaine attirance pour les comportements à risques qui orientent l'action de prévention des mutuelles, cette caractéristique ne lui est pas propre. Selon l'enquête triennale de l'observatoire de la vie étudiante, ce sont les jeunes actifs occupés qui présentent cependant un risque relatif plus élevé d'avoir un usage régulier d'alcool, d'être fumeurs et consommateurs quotidiens ou réguliers de cannabis.

b) L'offre de garanties complémentaires

Plus le ratio prestations sur cotisations est élevé et mieux l'organisme complémentaire rembourse les frais de santé. Ces ratios sont pour les mutuelles régionales (SMER)⁶⁴³ inférieurs de 10 points environ à ceux du marché de la couverture individuelle (60 % à comparer à 70 %)⁶⁴⁴. Le ratio de la LMDE⁶⁴⁵ est un peu plus élevé, ce qui traduit une politique commerciale plus agressive mais aussi le caractère collectif d'une partie des couvertures qu'elle gère, mais il reste inférieur à ce que proposent les organismes complémentaires non spécialisés.

L'adhésion au régime complémentaire étudiant est donc financièrement peu intéressante pour les étudiants et elle l'est d'autant moins qu'ils bénéficieraient comme ayants droit de leurs parents, avant d'être affiliés à la sécurité sociale étudiante, d'une tarification familiale avantageuse. C'est sans doute la raison pour laquelle une large partie des étudiants préfère continuer de bénéficier des prestations de l'assurance maladie complémentaire de leurs parents, mais ils se trouvent dès lors confrontés aux conséquences de la dissociation résultant de la gestion de leur régime obligatoire par leur mutuelle étudiante d'affiliation et de la gestion de leur régime complémentaire par un autre organisme. Or, si depuis cinq ans, les échanges entre le régime obligatoire et organismes complémentaires se sont fortement développés sous l'impulsion des pouvoirs publics, ils ne concernent encore qu'un peu moins de la moitié des affiliés étudiants qui seraient susceptibles d'en bénéficier.

En définitive, seuls 26,6 % des étudiants relevant des mutuelles étudiantes pour la gestion du régime obligatoire ont fait le choix d'adhérer également à l'une des garanties complémentaires proposées par ces mutuelles.

643. Source : comptabilités des SMER.

644. Source : DREES la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2011.

645. Source : comptabilité de la LMDE.

*
* *

Alors que la sécurité sociale étudiante devrait favoriser l'autonomie et l'accès à la « citoyenneté sociale [...] et la pleine appropriation par les étudiants de leurs droits et de la reconnaissance de leur légitimité à gérer leur protection sociale », sa relative complexité d'affiliation et sa gouvernance peu ouverte peuvent contribuer à affaiblir l'adhésion de ceux pour lesquels elle a été créée. Selon une enquête par Internet effectuée par la Cour, 38 % des étudiants préféreraient ainsi rester rattachés au régime de leurs parents jusqu'à leur entrée dans la vie active et 40 % souhaiteraient disposer d'une option entre le régime de leur parents et la sécurité sociale étudiante alors que seulement 20 % se prononcent pour le maintien du système actuel d'affiliation obligatoire dès l'inscription universitaire.

L'enquête réalisée par la Cour

Réalisée par Internet du 13 février au 7 mars 2013, elle visait à mesurer les attentes et la satisfaction des étudiants en ce qui concerne leur sécurité sociale. 80 000 adresses de courriel ont été tirées au sort parmi les 900 000 fournies par les mutuelles en respectant la répartition des différentes mutuelles dans la population affiliée et celle des primo-affiliés (1/3) et renouvelants (2/3). Des courriels ont été adressés en deux vagues successives. Au total, 2 950 personnes ont répondu à l'enquête.

Dans ce risque de désaffection, ce sont cependant les très grandes difficultés que rencontrent les mutuelles étudiantes pour assurer une qualité de service satisfaisante qui apparaissent majeures.

II - Une qualité de service très insuffisante

A – Une démarche d'audit formelle

Sur les 20 indicateurs suivis par la CNAMTS pour les mutuelles, 11 concernent la qualité de service et 6 la qualité des flux.

1 – Un suivi insuffisant

Le dispositif mis en œuvre distingue les mutuelles à compétence nationale et les mutuelles à compétence régionale, les secondes faisant l'objet de diligences plus fréquentes que les premières. Pour ce qui concerne les mutuelles étudiantes, la LMDE appartient à la première catégorie et les SMER à la seconde. Parmi les diligences communes aux

deux catégories, figure la réalisation d'une enquête de satisfaction. Alors que pour les mutuelles nationales, la CNAMTS avait prévu de se charger de celle-ci, elle en a laissé la responsabilité à l'ensemble des mutuelles étudiantes, y compris la LMDE.

2 – Des résultats contrastés

Le processus d'audit débouche sur un score d'assurance raisonnable qui permet de classer les organismes en 5 catégories en considération de la qualité de leur contrôle interne et de leur pilotage.

Les performances des mutuelles sont très hétérogènes. La MEP (Provence) et la SMEREB (Bourgogne) présentent des faiblesses significatives. La MGEL (Lorraine) et la SMERRA (Rhône-Alpes) ont enregistré des progrès importants entre 2011 et 2012.

Les mutuelles étudiantes les plus importantes, LMDE d'une part, et SMEREP d'autre part, apparaissent plus aptes que les autres à mettre en place des procédures de contrôle interne conformes aux requis de la CNAMTS. Ces deux mutuelles étudiantes obtiennent en matière de contrôle interne des résultats comparables aux autres mutuelles mais elles sont également celles qui présentent les plus mauvais scores de satisfaction dans l'enquête réalisée par la Cour.

B – Une insatisfaction prononcée

L'enquête de satisfaction prévue par la CNAMTS, se traduit par un seul indicateur, le nombre de personnes satisfaites ou très satisfaites de leur mutuelle rapporté au nombre de personnes interrogées.

Un net contraste est apparu entre les résultats des observations de la Cour et ceux des enquêtes de satisfaction auto-produites par les mutuelles étudiantes. La LMDE par exemple faisait état en 2010 et 2011 de 88 % de personnes satisfaites⁶⁴⁶, se classant ainsi parmi les plus appréciées des mutuelles, alors qu'elle ressort comme la plus mal notée dans l'enquête de la Cour (note moyenne 2,33 sur 5). Sans être toujours aussi prononcée, la surestimation de la satisfaction des étudiants dans les enquêtes réalisées par les mutuelles est générale.

646 .L'enquête de satisfaction de la LMDE pour l'année 2012, transmise postérieurement au contrôle de la Cour, indique une brusque dégradation des résultats de la mutuelle (seulement 43 % de satisfaction). Elle va dans le sens des résultats de l'enquête réalisée par la Cour lors de son contrôle.

Tableau n° 98 : notes moyennes obtenues par les mutuelles à la question relative à la satisfaction globale de leurs affiliés dans l'enquête de la Cour

	Nombre de réponses	Note globale
Total des réponses	2 928	2,56
<i>dont LMDE</i>	1 747	2,33
<i>dont SMER</i>	1 181	2,9
<i>dont VITTAVI (Sud-Ouest)</i>	180	2,11
<i>dont SMEREP (Ile de France)</i>	262	2,54
<i>dont SMENO (Nord)</i>	124	3,09
<i>dont UITSEM</i>	231	3,09
<i>dont MEP (Sud-Est)</i>	73	3,15
<i>dont MGEL (Est)</i>	146	3,37
<i>dont SMEBA (Ouest)</i>	164	3,4

Source : Cour des comptes

Dans l'ensemble, les notes qui vont de 1 (« Pas du tout satisfait ») à 5 (« Très satisfait ») sont médiocres, particulièrement celles de la LMDE, de la SMEREP et de VITTAVI, qui représentent plus des deux tiers des affiliés au régime et qui n'obtiennent pas la moyenne (3).

L'insatisfaction des étudiants a des causes objectives.

1 – Les dysfonctionnements liés à la carte Vitale

Les mutuelles étudiantes souffrent d'un retard certain en matière d'automatisation des traitements par rapport aux caisses primaires dont les taux moyens sont passés entre 2009 et 2011 de 86 % à 90 % alors que ceux des mutuelles étudiantes variaient en 2012 entre 80 % et 85 %.

Selon l'enquête réalisée par la Cour, seulement un quart des étudiants déclarent de fait avoir bénéficié d'une carte Vitale en état de fonctionnement moins d'un mois après leur affiliation quand 10 % n'en étaient toujours pas dotés neuf mois plus tard.

Des différences significatives se constatent entre la LMDE d'une part et les SMER d'autre part ainsi qu'entre les SMER entre elles. La LMDE est, avec VITTAVI et la SMEREP (Paris), celle des mutuelles étudiantes dont les affiliés disposent en moyenne le plus tardivement d'une carte en état de fonctionnement.

Le délai de mise à disposition d'une carte Vitale en état de marche diffère selon que l'étudiant en disposait (mutation) ou n'en disposait pas (création) avant son affiliation.

a) La mutation inter-régimes

La mutation inter-régimes met en œuvre deux séries de processus :

- l'un par lequel les régimes cédants et entrants se communiquent l'identité de ceux de leurs affiliés qui vont les rejoindre ainsi que certaines informations médico-administratives utiles à la liquidation des remboursements ;
- le transfert est ensuite, à la diligence du régime entrant, signifié au RNIAM⁶⁴⁷ qui procède au changement d'immatriculation et déclenche la mise à jour de la carte Vitale.

Les opérations de rattachement initiées par la LMDE suscitent beaucoup plus de rejets que celles des SMER sans que celle-ci ait pu en fournir à la Cour les raisons.

Au bout de trois mois, c'est-à-dire à partir de janvier dans la plupart des cas, les mutuelles sont autorisées à demander la création d'une nouvelle carte Vitale, la mutation de l'ancienne carte apparaissant compromise. Elles peuvent décider cependant de ne le faire que postérieurement : ainsi, la LMDE ne déclenche cette procédure qu'au bout de six à sept mois.

Les mutuelles étudiantes procèdent à plus de créations de cartes Vitale que les autres régimes en proportion de leur nombre d'affiliés : ainsi, entre 2005 et 2012, le régime général a procédé à la création d'un peu moins de 28 millions de cartes pour une population couverte d'environ 58 millions de personnes (48 %) alors que les mutuelles étudiantes en ont, dans le même temps, créé 3,5 millions pour une population d'environ 1,6 million de personnes (219 %). Pour l'année 2012, ces pourcentages étaient respectivement de 5,5 % et de 15,25 %. Cette différence s'explique en partie par le renouvellement par tiers chaque année des effectifs des mutuelles étudiantes mais surtout, depuis la généralisation de la carte Vitale 2, par les difficultés des mutations inter-régimes, amplifiées par l'absence de dématérialisation des envois de dossiers dans certains régimes.

647. Répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie.

b) La création des cartes Vitale

Le délai qui sépare la mise à disposition de la photo numérisée à la plateforme d'émission des cartes de l'envoi de la carte à son bénéficiaire est, en moyenne, d'une vingtaine de jours⁶⁴⁸. Il est cependant très supérieur pour les mutuelles étudiantes à ce qu'il est pour le régime général (11 jours en 2012).

L'essentiel de cet écart est expliqué par le délai de personnalisation des cartes (apposition de la photo notamment) qui suppose une intervention du régime demandeur. Le délai moyen de personnalisation des cartes de la LMDE et des SMER est supérieur à la moyenne. En janvier 2013, le délai moyen de personnalisation de l'atelier de Cergy était de 2,7 jours calendaires. Pour les cartes de la LMDE il était de 5,4 jours et pour celles des SMER, de 8,2 jours.

L'immatriculation des étudiants étrangers

Les étudiants étrangers qui n'étaient pas rattachés à un régime français avant leur affiliation doivent se faire établir une carte Vitale ce qui suppose, au surplus, que leur soit attribué un numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques. Cette immatriculation, qui ne concerne qu'une quinzaine de milliers de personnes⁶⁴⁹ chaque année, est faite par le service administratif national d'identification des assurés de la caisse nationale d'assurance vieillesse. Il leur faut pour cela produire un certain nombre de documents qui ont fait l'objet d'une redéfinition en avril 2012 avec la nécessité de produire deux pièces d'identification (une pièce d'état-civil et un titre d'identité traduits par des autorités locales habilitées et apostillés).

La mise en œuvre de ces nouvelles exigences a proportionnellement plus affecté la performance des mutuelles étudiantes, et notamment de la LMDE, que celles des autres mutuelles. En décembre 2012, la direction de la sécurité sociale, en réponse à certaines mutuelles, a demandé aux organismes sociaux de revenir provisoirement sur une partie de ces nouvelles exigences (apostille et légalisation).

648. Source : GIE Sésam – Vitale.

649. Source : service administratif national d'identification des assurés (SANDIA) de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS).

2 – Des relations parfois difficiles avec les affiliés

a) *Le téléphone: une mauvaise performance de la LMDE*

C'est le canal qui peut être le mieux appréhendé en termes de qualité parce que les plateformes téléphoniques utilisent des systèmes qui intègrent des éléments statistiques de suivi à peu près standardisés.

Le taux de décroché constitue le principal outil de suivi et les données recueillies par la CNAMTS montrent qu'en 2012, il était plus faible à la LMDE que dans toutes les SMER. L'explication en est double : la LMDE reçoit plus d'appels que les autres mutuelles et leur consacre moins de moyens.

L'évolution du trafic de la LMDE diverge fortement de celui des autres mutuelles qui stagne ou régresse sous l'effet d'une substitution progressive par les courriels. L'explosion des appels entrants à la LMDE excède largement la croissance du nombre des affiliés, des remboursements ou des demandes d'attestation : entre 2008 et 2012, le nombre d'appels a, en effet, été multiplié par 3,7. Un affilié de la LMDE essaie d'entrer en contact par téléphone avec sa mutuelle cinq fois plus qu'un affilié à une mutuelle régionale.

Le taux de décroché communiqué à la CNAMTS est le ratio des appels traités sur les appels pris en charge. Dans le cas de la LMDE, c'est un taux apparent puisque l'essentiel des appels entrants est rejeté. Le taux réel qui rapporte les appels traités aux appels entrants n'a cessé de se dégrader entre 2008 (39 %) et 2012 (7 %). Un affilié à la LMDE avait, durant cette dernière année, une chance sur 14 de pouvoir la joindre au téléphone.

Cette difficulté très prononcée traduit un double phénomène de croissance des réclamations et de multiplication des rappels. Au cours du comité d'entreprise du 30 avril 2009, le directeur général de la mutuelle faisait état d'un « solde de 820 000 feuilles de soins « stockées » au niveau national au 14 avril ». Ce solde « incompressible » qui selon le compte-rendu du comité d'entreprise du 28 octobre suivant posait « problème à la LMDE depuis maintenant deux ans » était ramené à cette date à 200 000 feuilles de soins. Ces dysfonctionnements ont perduré de 2007 à 2012, et ont encore été aggravés par la réorganisation conduite en 2011 - 2012 : la concentration de la production sur 4 sites a entraîné, en effet, le départ d'une centaine de salariés ayant refusé la mobilité géographique qui leur était proposée ; ces derniers ont été dispensés de service pendant plusieurs semaines avant que ne soit lancé le recrutement de leurs remplaçants, ce qui a amputé pendant plusieurs mois les capacités de production.

Pendant que le nombre d'appels entrants croissait fortement, le nombre d'appels traités se réduisait. Ceci s'explique par une gestion inadéquate des moyens techniques et humains mis en œuvre pour y faire face. Il faudrait que la LMDE multiplie par au moins trois le nombre de lignes pour obtenir une qualité comparable aux mutuelles étudiantes les mieux notées. L'insuffisance des moyens consacrés à la fonction téléphonique résulte d'un arbitrage parfaitement explicite et assumé de la direction de la LMDE qui est, au surplus, aggravée par des problèmes d'affectation des personnels aux postes prévus.

b) Un volume de courrier postal très variable selon les mutuelles

Le nombre de courriers entrants traités par les mutuelles étudiantes présente des différences significatives : la LMDE reçoit proportionnellement à la population couverte près de deux fois moins de courriers que les SMER, et ce alors que ses notes de satisfaction incitent à penser que lui sont adressées plus de réclamations et que son centre de contact est incapable de prendre en charge 93 % des appels. Les comptes rendus du comité d'entreprise pour 2012 font à de nombreuses reprises état d'un solde de courriers non ouverts (300 000 en mars, 200 000 en juin, 80 000 en novembre), situation qui perdurait au mois de février 2013 (200 000) ainsi que la Cour a pu le constater à la plate-forme nationale de gestion qui centralise désormais l'ensemble des courriers entrants et les redistribue vers les centres de production et le siège. Ce solde représente 25 jours ouvrés (la capacité est d'environ 8 000 courriers entrants/jour).

Dans ces conditions très particulières, des règles de priorité ont été mises en œuvre pour traiter par ordre décroissant les courriers internes, les courriers avec accusé de réception, les courriers concernant les adhérents orientés vers la mutuelle par la MGEN et le reste des courriers. Le traitement privilégié des courriers provenant des étudiants dont l'adhésion a été encouragée par la MGEN constitue une entorse aux principes du service public.

Des pratiques en contradiction avec les principes du service public à la LMDE

Un certain nombre de pratiques apparaissent anormales lorsqu'il s'agit d'exécuter une mission de service public. Il s'agit :

- du traitement prioritaire des courriers reçus des bénéficiaires enfants de fonctionnaires étudiants parce qu'ils sont adhérents à une formule collective de protection complémentaire ;
- de la réservation au bénéfice de ces mêmes affiliés d'une partie de la capacité de traitement du centre d'appels ;

- de l'obligation faite aux affiliés de détenir un compte bancaire à leur nom personnel, ce qui facilite le démarchage d'une banque partenaire, tout compte ouvert par un étudiant donnant lieu à commissionnement de la mutuelle. Or le code de la sécurité sociale n'impose pas une telle obligation et permet aux étudiants mineurs d'être remboursés sur les comptes bancaires de leurs parents.

c) Les courriels : une modalité encore peu utilisée

Les courriels ne représentent encore qu'une faible partie des échanges entre les mutuelles étudiantes et leurs affiliés : un par an pour cinq à dix affiliés selon les mutuelles. À la différence des autres mutuelles qui enregistraient plutôt une stagnation, la LMDE a vu ce trafic plus que doubler sur la période de référence mais son taux de réponse a dans le même temps été divisé par deux.

La relative atonie des échanges de courriels contraste avec le dynamisme des trafics enregistrés par les sites internet. Le rapprochement des volumes 2007 et 2012 montre des augmentations de trafic allant de 100 % à 400 %. Pour autant, les mutuelles contrôlées par la Cour ne semblent pas avoir pris en considération toutes les potentialités de ce développement. Ainsi, la LMDE n'a procédé à pratiquement aucune intégration de fonctionnalité nouvelle dans la partie « espace personnel » de son site entre 2008 et 2011 et il a fallu attendre 2012 pour qu'il soit possible aux affiliés de procéder par ce biais à différentes demandes d'attestation très fréquentes. Les SMER contrôlées par la Cour n'affichent pas de meilleure performance sur ce plan : VITTAVI ne propose pas encore ces fonctionnalités et la SMEREP n'a pas été plus précoce que la LMDE.

d) Un accueil physique parfois défaillant

Les délais d'attente sont extrêmement variables au cours de l'année avec une forte pointe entre septembre et décembre. À l'agence parisienne de la SMEREP, le délai moyen était de l'ordre d'une heure et demie en septembre 2012, d'une heure en novembre et de 40 minutes en janvier 2013.

Seule la LMDE a pu fournir des statistiques complètes sur les motivations des personnes se rendant dans ses accueils. En moyenne chaque affilié se rend dans une de ses agences une fois par an, ce qui est relativement fréquent par rapport au régime général dont les bénéficiaires se déplacent en moyenne une fois tous les deux ans alors que les étudiants

ont significativement moins recours aux soins. La proximité d'une agence constitue donc un aspect important de la qualité de service.

À cet égard, la réduction drastique, de 150 à 60, du nombre d'accueils et d'agences de la LMDE si elle traduit un effort de rationalisation, a rendu plus difficile l'accès physique, malgré la mise en place de permanences itinérantes, alors même que la qualité très insuffisante des relations à distance le rendait parfois indispensable. L'évolution de la structure des motifs de fréquentation des accueils est ainsi marquée par un très fort accroissement des réclamations liées à la gestion du régime de base.

*
* *

La situation de la LMDE apparaît durablement plus compromise que celle des SMER. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance maladie, la mutuelle n'a pas réussi à redresser une qualité de service particulièrement insatisfaisante. Ces difficultés récurrentes n'ont toutefois pas fait obstacle à l'augmentation de sa part de marché au cours de ces dernières années qui est passée de 49,6 % en 2007 à 53,7 % en 2011. Pendant la période examinée par la Cour, la mutuelle a cherché à équilibrer ses comptes lourdement déficitaires depuis l'origine par un développement commercial mais sans qu'elle puisse faire face en termes de production.

Un dispositif d'intéressement injustifié à la LMDE

Il n'y a pas d'intéressement dans les mutuelles étudiantes sauf à la LMDE. Les efforts des salariés de la mutuelle doivent, pour maximiser l'intéressement, se focaliser sur la progression de la vente de garanties complémentaires sans aucune prise en compte de la qualité de service délivrée aux affiliés au titre de la délégation de gestion de l'assurance maladie obligatoire.

Alors que la mutuelle a constaté un résultat net négatif de près de 3,8 M€ sur la période 2007-2011, elle n'en a pas moins versé plus de 2,2 M€ d'intéressement, soit en moyenne 700 € par an et par personne. Les modalités de calcul de l'intéressement ont été modifiées en 2011 et ont permis de verser aux salariés un intéressement de plus de 600 000 € au lieu de moins de 200 000 € si l'on avait continué d'appliquer la formule précédente.

III - Des coûts élevés

A – Une rémunération trop avantageuse

Alors que l'ensemble des gestionnaires du régime général, tirant les bénéfices de la dématérialisation, réduisent leurs frais de gestion, il serait cohérent qu'un même effort soit demandé aux mutuelles étudiantes.

Au contraire, les remises de gestion versées par la CNAMTS aux mutuelles étudiantes ont augmenté de + 8,1 % de 2006 à 2011, alors que celles versées aux mutuelles d'agents publics ont diminué de - 10,1 % sur la même période.

De même, après prise en compte de l'évolution des effectifs, les frais de gestion unitaires des mutuelles étudiantes ont progressé entre 2005 et 2011 de 7,2 % alors que ceux des mutuelles de fonctionnaires baissaient de 13,8 %, ceux des 50 meilleures caisses primaires d'assurance maladie de 2,8 % (par bénéficiaire actif moyen) et de ceux de l'ensemble des caisses primaires de 5 %.

Tableau n° 99 : coûts de gestion unitaires de l'assurance maladie par catégories d'organismes

En €

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2005
Remises mutuelles étudiantes	51,08	52,37	50,23	50,18	50,74	51,63	54,77	+7,2 %
Remises mutuelles de fonctionnaires	51,38	49,77	47,85	46,85	46,96	45,38	44,29	-13,8 %
Coût du BAM 102*	77,12	74,21	73,15	73,07	75,15	73,08	73,23	-5,0 %
Coût du BAM 50*	67,79	65,04	64,95	65,68	66,82	65,7	65,88	-2,8 %

* Bénéficiaire actif moyen des 102 meilleures caisses primaires d'assurance maladie (BAM 102) ou 50 meilleures (BAM 50)

Source : CNAMTS

Seules les mutuelles étudiantes n'ont pas vu se réduire les coûts de gestion supportés par l'assurance maladie. En sus d'une fixation minimale à 52 € pour 2011 à 2013, elles ont même obtenu également que leur soient versées en 2011 et 2012, à la suite d'une décision du ministre de l'enseignement supérieur, deux majorations unitaires de 2,77 €. La justification alléguée pour ces dernières consistait dans les surcoûts qu'elles auraient supportés du fait de la mise en œuvre des réformes de l'assurance maladie en 2004 (parcours de soins, participations et franchises, carte Vitale 2).

Indépendamment même de ces majorations, la remise de gestion unitaire est demeurée fixée à un niveau généreux. Elle avait été établie dans le précédent contrat pluriannuel de gestion sur la base d'un coefficient de réalisation par les mutuelles des missions des caisses primaires de 77,26 %. Lors de la renégociation de ce contrat en 2010, la CNAMTS estimait que ce coefficient devait être ramené à 57,60 %. En 2013, elle a précisé à la Cour qu'à son sens, il ne devrait plus être que de 37,61 % pour tenir compte des profondes mutations intervenues dans son réseau ces dernières années.

En appliquant le coefficient de 57,60 % en 2010, la remise de gestion aurait été de 42,09 € et non de 51,63 €, soit une économie récurrente de près de 16 M€ pour l'assurance maladie.

Les mutuelles étudiantes contestent l'absence de transparence qui présiderait à la fixation du coefficient de réalisation comme à la détermination du coût de gestion du bénéficiaire actif moyen des CPAM, lequel fonde le calcul de la remise de gestion. L'intervention sur ce sujet d'une commission indépendante semble de fait nécessaire pour fonder sur des bases incontestables le montant de cette dernière.

B – Une comptabilité analytique qui surestime le coût du régime obligatoire

1 – Des principes discutables

La comptabilité analytique des mutuelles étudiantes s'inspire des mêmes principes que celle des mutuelles de fonctionnaires. La méthodologie respecte un cadre convenu depuis 2000 avec l'assurance maladie et qui a notamment pour finalité de s'assurer que les remises de gestion n'excèdent pas les coûts supportés pour le service des prestations du régime obligatoire. Cette comptabilité repose sur un ensemble de postulats qui en prédéterminent pour une part le résultat.

La méthode retenue considère que le rôle des mutuelles est de gérer le régime obligatoire, qu'elles ne proposent d'assurance complémentaires qu'à titre accessoire, et que le coût pertinent de l'activité relative au régime obligatoire est son coût de fourniture isolée quand le coût pertinent de l'activité complémentaire est son coût incrémental. Ce choix implique que ces mutuelles n'existent que pour la gestion du service public, ce qui paraît peu cohérent avec le poids relatif qu'occupent aujourd'hui en leur sein les activités complémentaires exercées dans un cadre concurrentiel : en moyenne près d'un quart des affiliés souscrivent une des garanties complémentaires proposées et celles-ci représentent l'essentiel du résultat.

Ce principe a pour conséquence de faire apparaître les remises de gestion comme insuffisantes pour couvrir le coût du régime obligatoire dans presque toutes les mutuelles étudiantes. Ainsi en 2010, ces coûts s'élevaient dans les différentes mutuelles étudiantes entre 54,42 € et 69,13 €, pour une remise de gestion unitaire versée par la CNAMTS de 51,63 €, alors que le coût de gestion des caisses primaires à périmètre équivalent, de 42,09 € par bénéficiaire, était très inférieur à ces deux données.

L'adoption d'une hypothèse plus neutre qui partagerait les coûts entre les deux activités au prorata des effectifs aboutirait à une baisse du coût analytique de gestion du régime obligatoire d'environ 15 % qui serait alors très proche de la remise de gestion pour la LMDE et inférieure pour certaines SMER⁶⁵⁰.

2 – Le coût d'acquisition du régime complémentaire, un avantage non pris en compte

La gestion du régime obligatoire ne présente pas seulement pour une mutuelle l'avantage de mieux amortir ses coûts mais aussi celui de faciliter considérablement le recrutement des adhérents à ses garanties complémentaires.

Cet avantage peut être estimé en comparant les probabilités de souscription d'une couverture complémentaire par les affiliés d'une part et les non affiliés d'autre part. La valeur moyenne est selon cette méthode d'environ 3,60 € par affilié. Une autre méthode pourrait prendre en considération l'économie de frais d'acquisition réalisée par les mutuelles en comparaison des compagnies d'assurance (10 % des cotisations acquises). Dans ce second cas la valeur moyenne est d'environ 4,80 € par affilié.

Le coût par affilié qu'il conviendrait de considérer pour la fixation des remises de gestion devrait être ainsi un coût net de l'avantage que procure à cet égard la gestion du régime de base en termes d'économie sur les frais d'acquisition d'un adhérent à une garantie complémentaire. Le niveau actuel des remises de gestion est d'autant plus généreux qu'il ne prend pas en considération cet élément, alors qu'il fait supporter à l'assurance maladie une charge plus élevée que ne le ferait la gestion directe de cette population de bénéficiaires par les CPAM.

650. SMEBA (Bretagne), MGEL (Lorraine), SMENO (Nord).

C – Des niveaux de productivité faibles

1 – Des résultats inférieurs à ceux des caisses primaires

Sur le fondement du nombre de remboursements effectués et à périmètre comparable avec les caisses primaires, les niveaux de productivité sont significativement différents comme le fait apparaître le tableau suivant :

Tableau n° 100 : productivités globales en 2011

	MGEL	SMEREP	MEP	UITSEM	LMDE	CPAM ⁶⁵¹
Effectifs globaux	110	87	63	114	640	40 368
Nombre de remboursements/salarié	11 831	27 552	16 093	18 834	20 040	30 410

Source : *mutuelles étudiantes, CNAMTS, calculs Cour des comptes*

Ainsi, à périmètre comparable, les mutuelles étudiantes paraissent significativement moins productives que les caisses primaires en ce qui concerne les remboursements par salarié. Il est vrai que joue défavorablement à cet égard l'affiliation d'un tiers de nouveaux étudiants chaque année. La prise en compte d'autres indicateurs, tel que le nombre de bénéficiaires par salarié, fait apparaître une situation moins défavorable pour les mutuelles étudiantes. Le positionnement relatif de la LMDE ne paraît en tout état de cause pas correspondre à l'avantage qu'elle devrait logiquement tirer de sa taille.

Si la plupart des mutuelles étudiantes ont, à l'image du réseau de l'assurance maladie, amélioré leur productivité entre 2007 et 2011 à la faveur de la dématérialisation croissante des feuilles de soins et par réduction de leur effectifs, ce n'est cependant pas un cas général, comme le montrent les difficultés qu'a connues VITTAVI dans un passé très récent.

651. L'hypothèse chiffrée repose sur un coefficient de réalisation de 57,60 %.

VITTAVI

En 2008, confrontée à un déficit d'exploitation chronique, VITTAVI a fondé avec Landes Mutualité, un autre groupe mutualiste, une union technique. Cependant, il est rapidement apparu que Landes mutualité se trouvait elle-même dans une situation extrêmement délicate en raison d'un développement commercial insuffisamment maîtrisé, d'une sous tarification des contrats et d'une politique de placements financiers aventureuse. Aucun effort de rationalisation n'étant par ailleurs entrepris, VITTAVI s'est retrouvée en situation de cessation de paiement virtuelle à la fin de l'année 2009, ce qui l'a amenée à demander un placement sous administration provisoire, en octobre 2009, auprès de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM). En novembre 2009, l'ACAM plaçait également sous administration provisoire GVM, à la demande de son président, et Landes mutualité en raison de sa situation financière très compromise (perte de 36 M€ et fonds propres négatifs).

L'administrateur provisoire s'est attaché, après avoir licencié pour faute les dirigeants des deux mutuelles, à adosser VITTAVI à un nouveau groupe. Une mutuelle interprofessionnelle, MYRIADE, a été choisie notamment parce qu'elle ne faisait pas d'un plan de licenciement le préalable de son implication et qu'elle apportait 1,5 M€ de trésorerie. À compter de mars 2010 elle s'est substituée à VITTAVI dans la gestion des couvertures complémentaires.

Tirant le bilan d'une mission aujourd'hui achevée, l'administrateur provisoire écrivait fin 2012 : « La mutuelle VITTAVI se doit d'accroître le nombre de ses affiliés avec des coûts d'acquisition maîtrisés. C'est la seule façon de financer ses charges fixes. Elle a été incitée à cesser de proclamer que la gestion du régime obligatoire par délégation était déficitaire en raison de l'insuffisance des remises de gestion versées par la CNAMTS. Elle partage maintenant l'idée que les causes du déficit sont plutôt internes qu'externes ».

La LMDE pour sa part connaît un déséquilibre chronique.

2 – La situation préoccupante de la LMDE

L'analyse des résultats des mutuelles étudiantes confirme la spécificité de la LMDE qui est la seule à ne pas réussir à couvrir ses charges de manière récurrente. Les comptes 2011 présentaient un report à nouveau négatif supérieur à 23 M€, qui correspondent à des déficits récurrents accumulés depuis la création de la mutuelle alors même que cette mutuelle est la première aussi bien en termes d'affiliés (54 %) que d'adhérents (69 %).

La mutuelle n'est certes pas restée sans réagir puisque réorganisée en 2000 lors de sa création, elle l'a été aussi en 2004 mais aucune des trois grandes orientations stratégiques définies en 2008 par le conseil d'administration ne renvoyait à la nécessaire maîtrise des coûts. Il est vrai

qu'elle a pu bénéficier du soutien constant et multiforme d'autres institutions.

Les partenariats de la LMDE

La LMDE bénéficie d'un fort soutien, aussi bien financier que commercial ou technique, de différents partenaires, dont la MGEN.

À la constitution de la mutuelle, la fédération nationale de la mutualité française a constitué un tour de table mutualiste pour réunir 15 M€ de quasi-fonds propres (titres participatifs) qui n'ont commencé à porter intérêt qu'après un délai de trois ans et dont le remboursement n'a pas été exigé. En raison de l'insuffisance de ses fonds propres au regard des exigences prudentielles, la LMDE n'a pu développer une activité complémentaire que parce que la MGEN s'est substituée à elle et qu'elle en assume les risques à ce titre sans percevoir au surplus de commission de substitution. De plus, la MGEN transfère à la LMDE l'intégralité de la marge technique réalisée sur les bénéficiaires enfants étudiants de ses adhérents, ce qui a représenté près de 35 M€ depuis 2002.

En raison de ses problèmes financiers structurels, combinés au règlement des indemnités de licenciement prévues par le plan de sauvegarde de l'emploi, la mutuelle a été confrontée à de graves difficultés de trésorerie. Dans ce contexte, l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) a examiné la situation de la mutuelle avec attention et la LMDE a sollicité le soutien financier de la MGEN (avance de trésorerie allant jusqu'à 10 M€, à des conditions préférentielles – EONIA + 0,125 %) en contrepartie d'un droit de regard sur ses actes de gestion et d'une reprise de ses fonctions support et de « backoffice » par la MGEN. Le directeur général de la LMDE a par ailleurs été remplacé.

Beaucoup de mutuelles, et notamment de mutuelles de la fonction publique, préconisent à leurs adhérents d'inscrire leurs enfants devenus étudiants à la LMDE dans le cadre d'un échange de bons procédés qui leur réserve les garanties complémentaires. En outre, tous les bénéficiaires enfants étudiants (BEE) d'adhérents MGEN sont, lorsqu'ils deviennent étudiants, couverts par une offre spécifique LMDE calquée sur les garanties MGEN dont ils bénéficiaient auparavant en tant qu'ayants-droits.

La MGEN est enfin associée à la LMDE dans les GIE EFFIGIE et CHOREGIE ce qui lui permet de bénéficier d'un certain nombre de prestations techniques à prix coûtant et avec une facturation décalée jusqu'à l'amortissement des investissements.

Selon un communiqué de presse du 11 juillet 2013, ces liens privilégiés devraient encore se renforcer puisque le groupe MGEN indique que pour aider la LMDE à faire face à ses difficultés financières et de gestion, celle-ci intégrera formellement le groupe à compter du 1^{er} janvier 2014 tout en conservant ses instances élues.

Cependant, un contrat signé avec Eurogroup (cabinet de conseil spécialisé sur les questions de stratégie) le 10 février 2010, qui visait à assister la mutuelle dans la conduite d'un nouveau projet de

transformation, spécifiait très précisément que l'objectif était de « diminuer au maximum la masse salariale de la LMDE ». Pour réduire les coûts, deux leviers devaient être utilisés : la concentration des sites de production et la réduction des effectifs. Eurogroup avait, en effet, conclu d'une comparaison entre la mutuelle et les services de CPAM dans lesquelles il avait effectué d'autres missions que la productivité était d'environ 20 % meilleure dans ces derniers.

En juillet 2011, un projet de licenciement collectif pour motif économique et un plan de sauvegarde de l'emploi étaient adoptés. Si la transformation convenue prévoyait bien une concentration des sites de production, il n'était toutefois plus question de réduire le personnel malgré le diagnostic posé précédemment. Au terme d'une procédure lancée à l'automne 2011, en l'absence de toute réduction des effectifs qui aurait rendu possibles des gains de productivité, les 130 personnes qui choisissaient de quitter l'entreprise en percevant à cette occasion des indemnités importantes correspondant au double des prévisions des clauses conventionnelles étaient quelques mois plus tard remplacées.

La réorganisation comportait un plan de productivité calé sur les performances des caisses primaires et de la MGEN. Au 31 janvier 2013, la moyenne arithmétique des performances n'atteignait qu'un niveau à peine supérieur (103,45 %) à la situation qui prévalait avant la transformation (octobre 2011) alors que l'objectif était une progression de 20 %.

*

* *

Au total, les coûts de gestion de l'assurance maladie obligatoire par les mutuelles étudiantes sont très supérieurs à ceux qui seraient supportés dans le cas d'une gestion directe par les CPAM. La CNAMTS estime en pareille hypothèse à 69 M€ l'économie globale qui en résulterait pour l'assurance maladie, soit plus des deux tiers des remises de gestion actuelles.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dispositif original, qui n'a d'équivalent dans aucun pays comparable, la sécurité sociale étudiante apparaît aujourd'hui confrontée à de profondes difficultés.

Les unes résultent de sa nature même et sont liées au caractère transitoire de l'affiliation, inférieure à trois ans. Les passages du statut d'ayant droit des parents à celui d'étudiant ayant droit autonome jusqu'à l'âge de 20 ans, puis au-delà d'affilié de plein droit, puis à celui de salarié, parfois à temps partiel dès la période d'études, rendent le système complexe, instable et peu compréhensible pour ses bénéficiaires.

Les autres s'expliquent par les conditions de sa gestion : sa gouvernance manque de vision stratégique d'autant que les administrations concernées restent sur le retrait en termes d'orientations de pilotage du dispositif et que la CNAMTS se focalise d'abord sur les problématiques financières ; la qualité de service offerte aux étudiants est globalement très insatisfaisante ; les coûts de gestion apparaissent élevés avec une faible productivité, sans qu'un mode de rémunération trop avantageux et en augmentation pousse aux efforts.

Né aux lendemains de la seconde guerre mondiale à une époque où la sécurité sociale étudiante ne relevait pas de la gestion de masse à laquelle les mutuelles étudiantes peinent à faire face, ce mode de gestion déléguée devenu inefficace et coûteux doit être aujourd'hui reconsidéré et la reprise de la gestion de la population étudiante par les caisses d'assurance maladie envisagée.

À défaut, laisser aux étudiants, à cotisation inchangée, le choix entre l'affiliation à la sécurité sociale étudiante et le maintien de leur rattachement au régime de leurs parents inciterait l'ensemble des mutuelles étudiantes à réorienter leurs efforts vers la recherche d'adhérents et la qualité du service rendu au meilleur coût.

En tout état de cause, il apparaît indispensable de programmer une convergence rapide entre les remises de gestion versées aux mutuelles étudiantes et les coûts de revient des caisses primaires d'assurance maladie pour une activité équivalente, après avoir objectivé certains paramètres-clefs avec l'appui d'une commission indépendante.

La Cour formule les recommandations suivantes :

79. *reconsidérer le maintien de la gestion déléguée de l'assurance maladie des étudiants ;*

80. *dans l'immédiat, permettre aux étudiants, à cotisation inchangée, d'opter chaque année jusqu'à 28 ans entre le maintien du rattachement au régime de leurs parents et l'affiliation à la sécurité sociale étudiante ;*

en tout état de cause :

81. *aligner le niveau des remises de gestion sur les coûts de revient des caisses primaires d'assurance maladie pour une activité équivalente et à qualité de service identique, en confiant à une commission indépendante la détermination du niveau du coefficient de réalisation et celui du coût de référence du bénéficiaire actif ;*

82. *insérer dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion entre la CNAMTS et l'État des dispositions spécifiques relatives aux objectifs de qualité de service et de coûts de gestion à fixer à ces mutuelles, en impliquant le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche à leur élaboration.*
