

BULLETIN OFFICIEL DES IMPÔTS

N° 32 DU 16 MARS 2012

DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES

4 H-5-12

INSTRUCTION DU 9 MARS 2012

RÉGIME FISCAL APPLICABLE AUX MUTUELLES ET A LEURS UNIONS RÉGIES PAR LES LIVRES I ET III DU CODE DE LA MUTUALITÉ. IS, IFA, CET, TVA. DISPOSITIONS DIVERSES.

NOR : ECE L 12 10018 J

Bureaux B 2 et D 1

PRESENTATION

La présente instruction précise le régime fiscal applicable aux mutuelles et à leurs unions exerçant des activités régies par le Livre I et le Livre III du code de la mutualité.

Afin de déterminer le régime fiscal de ces mutuelles et de leurs unions, il convient de procéder à l'analyse du caractère lucratif ou non de leur activité. Si l'activité est considérée comme non lucrative, la mutuelle ou l'union est hors du champ des impôts commerciaux (impôt sur les sociétés de droit commun, imposition forfaitaire annuelle, contribution économique territoriale et taxe sur la valeur ajoutée).

En revanche, si son activité est lucrative, la mutuelle ou l'union sera soumise aux impôts commerciaux.

La présente instruction précise les modalités de détermination du caractère non lucratif ou lucratif des activités exercées par les mutuelles et leurs unions régies par le Livre I et le Livre III du code de la mutualité.

•

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
 TITRE 1 : REGIME FISCAL APPLICABLE AUX MUTUELLES ET A LEURS UNIONS REGIES PAR LE LIVRE I OU LE LIVRE III DU CODE DE LA MUTUALITE	5
CHAPITRE 1 : MUTUELLES ET UNIONS CONCERNEES	5
CHAPITRE 2 : CRITERES D'APPRECIATION DE LA NON-LUCRATIVITE	8
 Section 1 : Caractère intéressé ou désintéressé de la gestion de la mutuelle ou de l'union	10
Section 2 : La mutuelle ou l'union concurrence un organisme du secteur lucratif	14
 Sous-section 1 : En cas de gestion désintéressée, le caractère lucratif d'une mutuelle ou d'une union ne peut être constaté que si celle-ci concurrence un organisme du secteur lucratif	14
Sous-section 2 : La mutuelle ou l'union concurrence un organisme du secteur lucratif et ses conditions de gestion sont similaires	16
 A. LE « PRODUIT »	18
B. LE « PUBLIC » BENEFICIAIRE	19
C. LE « PRIX »	21
D. LA « PUBLICITE »	23
 Sous-section 3 : L'affectation des excédents	27
 Section 3 : La mutuelle ou l'union entretient des relations privilégiées avec une entreprise	29
Section 4 : Exercice d'activités lucratives et non lucratives : sectorisation et filialisation des activités lucratives	32
 CHAPITRE 3 : ACTIVITES RELEVANT D'UNE GESTION DE SERVICE PUBLIC	35
 TITRE 2 : FEDERATIONS ET UNIONS RELEVANT DU LIVRE I DU CODE DE LA MUTUALITE EXERCANT UNE ACTIVITE PORTANT SUR L'ETUDE ET LA DEFENSE DES DROITS ET DES INTERETS COLLECTIFS MATERIELS OU MORAUX DE LEURS MEMBRES OU DES PERSONNES QU'ELLES REPRESENTENT	36

CHAPITRE 1 : EXONERATION D'IMPOT SUR LES SOCIETES ET DE CONTRIBUTION ECONOMIQUE TERRITORIALE	41
Section 1 : Organismes pouvant bénéficier de l'exonération	41
Section 2 : Champ de l'exonération	42
A. ACTIVITES POUVANT BENEFICIER DE L'EXONERATION	42
B. ACTIVITES EXCLUES DE L'EXONERATION	45
CHAPITRE 2 : SECTORISATION OU FILIALISATION DES ACTIVITES LUCRATIVES NON EXONEREES	48
CHAPITRE 3 : EXONERATION DE TVA	51
Section 1 : Les opérations placées hors du champ d'application de la TVA	52
Section 2 : Les opérations exonérées sur le fondement de l'article 261-4-9° du CGI	54
TITRE 3 : SCHEMAS RECAPITULATIFS	60
TITRE 4 : DISPOSITIONS PARTICULIERES ET ENTREE EN VIGUEUR	63
CHAPITRE 1 : ENTREE EN FISCALITE ET RESERVE SPECIALE DE SOLVABILITE	63
Section 1 : Bilan d'entrée en cas de fiscalisation	63
Section 2 : Réserve spéciale de solvabilité	64
CHAPITRE 2 : APPLICATION DU REGIME FISCAL DES GROUPES DE SOCIETES	66
CHAPITRE 3 : OBLIGATIONS DECLARATIVES	68
CHAPITRE 4 : REPORT DE LA DATE LIMITE DE PAIEMENT DE L'IMPOSITION FORFAITAIRE ANNUELLE DUE AU TITRE DE L'ANNEE 2012	70
Annexe 1 : Dispositions du code de la mutualité relatives aux dirigeants des mutuelles et à leur rémunération	
Annexe 2 : Principales activités des mutuelles régies par le Livre III du code de la mutualité (fiches techniques n ^{os} 1 à 12)	

INTRODUCTION

1. Les activités des mutuelles¹ et de leurs unions² sont régies par les livres I, II et III du code de la mutualité. Ces activités sont les suivantes :

- livre I : toute activité ne relevant pas du livre II ou du livre III du code de la mutualité ;
- livre II : activités liées aux opérations d'assurance et de capitalisation ;
- livre III : activités liées à la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales.

2. La présente instruction présente le régime fiscal applicable aux mutuelles relevant du livre I et du livre III du code précité.

3. Le régime fiscal des mutuelles régies par le livre I et le livre III du code de la mutualité s'apprécie par rapport aux règles définies en matière de fiscalité des organismes sans but lucratif.

Ainsi, une mutuelle ou une union régie par le livre I ou le livre III du code de la mutualité sera considérée comme non lucrative si sa gestion est désintéressée et si elle n'entre pas en concurrence avec des organismes du secteur lucratif. Si son activité est toutefois concurrentielle, il convient alors d'apprécier si ses modalités de gestion sont différentes de celles d'une entreprise commerciale au moyen de l'analyse des critères dits des « 4 P » (Produit, Public, Prix et Publicité).

4. En outre, les fédérations et unions de mutuelles régies par le livre I du code de la mutualité exerçant une activité portant sur l'étude et la défense des droits et des intérêts collectifs et matériels ou moraux de leurs membres ou des personnes qu'elles représentent ne sont pas en principe soumises aux impôts commerciaux.

Ce n'est que si leur gestion n'est pas désintéressée ou qu'elles exercent une activité lucrative qu'elles sont susceptibles d'être soumises aux impôts commerciaux (impôt sur les sociétés de droit commun, imposition forfaitaire annuelle, taxe sur la valeur ajoutée et contribution économique territoriale).

NB : Sauf mention contraire, les articles cités sont ceux du code général des impôts.

TITRE 1 : REGIME FISCAL APPLICABLE AUX MUTUELLES ET A LEURS UNIONS REGIES PAR LE LIVRE I OU LE LIVRE III DU CODE DE LA MUTUALITE

CHAPITRE 1 : MUTUELLES ET UNIONS CONCERNEES

5. Sont concernées les mutuelles et leurs unions dont les activités relèvent du livre I (mutuelles et unions dont les activités ne relèvent ni du livre II ni du livre III du code de la mutualité) et du livre III du code de la mutualité (mutuelles et unions de mutuelles pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales).

6. Au titre des mutuelles et des unions régies par le livre I du code de la mutualité, sont notamment définis comme tels :

- les systèmes fédéraux de garantie définis à l'article L. 111-6 du code de la mutualité ;
- les fédérations de mutuelles définies à l'article L. 111-5 du code de la mutualité ;
- les mutuelles et les unions exerçant l'activité d'animation et de coordination de la vie mutualiste au plan local ainsi que l'activité de prévention et de promotion de la santé ;
- les mutuelles ou les unions procédant à la mise en œuvre de la formation des élus mutualistes ;
- les mutuelles ou les unions proposant des prestations de services pour faciliter l'activité de leurs membres.

¹ Définies à l'article L. 111-1 du code de la mutualité.

² Définies à l'article L. 111-2 du code de la mutualité.

7. Au titre des activités relevant du livre III du code de la mutualité, sont notamment comprises :

- dans le secteur sanitaire : les activités exercées par des établissements de santé de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique), les établissements de soins de suite et de réadaptation, les établissements de santé mentale, l'hospitalisation à domicile (HAD) (Cf. annexe 2, fiches techniques n°s 2, 5 et 6) ;

- dans le secteur médico-social : les activités exercées par des établissements pour personnes âgées (EPA) (cf. annexe 2, fiche technique n° 4), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) (cf. annexe 2, fiche technique n° 9), les services d'aide et d'accompagnement à domicile (cf. annexe 2, fiche technique n° 1), les établissements et services pour personnes en situation de handicap (cf. annexe 2, fiche technique n° 8) ;

- dans le secteur ambulatoire : les activités exercées par des centres de santé (cf. annexe 2, fiche technique n° 3), les centres d'optique (cf. annexe 2, fiche technique n° 11), les centres d'audioprothèse (cf. annexe 2, fiche technique n° 12), les pharmacies (cf. annexe 2, fiche technique n° 10) ;

- au titre des initiatives sociales : les activités consistant à proposer des logements à des personnes nécessitant une aide (jeunes, familles monoparentales, personnes en difficulté) ;

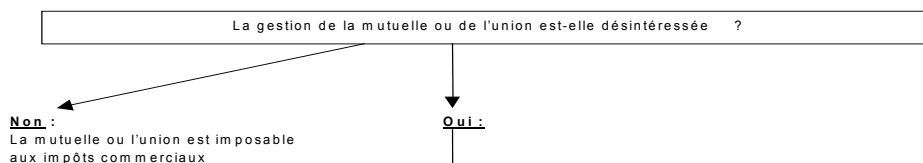
- au titre des actions sociales et de prévention : les activités consistant à verser des dotations ou des allocations aux personnes en situation de fragilité, à réaliser des campagnes de prévention au profit de tous publics (adhérents ou non).

CHAPITRE 2 : CRITERES D'APPRECIATION DE LA NON-LUCRATIVITE

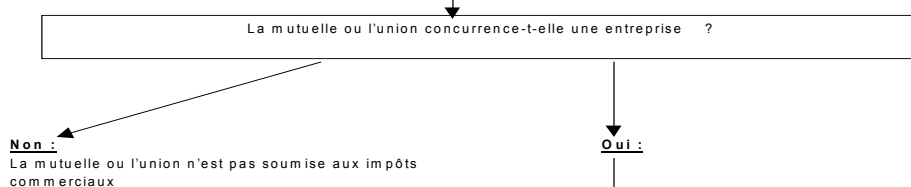
8. Il convient, pour chaque activité de la mutuelle ou de l'union régie par le livre I ou le livre III du code de la mutualité, de procéder à l'analyse du caractère lucratif ou non lucratif de cette activité.

9. Le schéma suivant décrit la démarche à suivre par chaque mutuelle ou chaque union régie par le livre I ou le livre III du code de la mutualité :

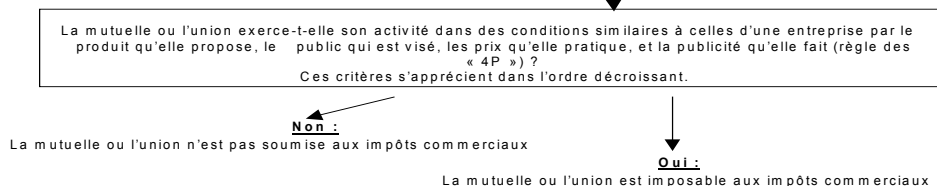
ETAPE 1



ETAPE 2 :



ETAPE 3 :



Section 1 : Caractère intéressé ou désintéressé de la gestion de la mutuelle ou de l'union

10. Pour ne pas être soumises aux impôts commerciaux, les mutuelles et leurs unions régies par le livre I et le livre III du code de la mutualité doivent avoir une gestion désintéressée.

11. Le caractère désintéressé de la gestion d'une mutuelle ou d'une union est avéré si les conditions suivantes sont satisfaites :

- la mutuelle ou l'union est gérée et administrée à titre bénévole par des personnes n'ayant elles-mêmes, ou par personnes interposées, aucun intérêt direct ou indirect dans les résultats de l'exploitation ;
- la mutuelle ou l'union ne procède à aucune distribution directe ou indirecte de bénéfice, sous quelle que forme que ce soit.

12. Toutefois, la rémunération de certains dirigeants ne remet pas en cause le caractère désintéressé de la gestion si les conditions prévues aux articles L. 114-9, L. 114-17, L. 114-26, L. 114-28 et L. 114-31 du code de la mutualité sont satisfaites³ et si elle n'excède pas les plafonds mentionnés au paragraphe 13.

13. Pour l'appréciation de l'ensemble de ces conditions, il convient d'examiner :

- la rémunération des dirigeants de la mutuelle ou de l'union ;
- les autres avantages procurés aux dirigeants ;
- les prélèvements effectués sur les ressources.

Le montant des rémunérations ou avantages versés aux dirigeants ou à leur profit, sous quelque forme que ce soit⁴, ne doit pas excéder les plafonds mentionnés aux articles R.114-5 à R. 114-7 du code de la mutualité.

Sont considérés comme dirigeants les membres du conseil d'administration ou de l'organe qui en tient lieu, quelle qu'en soit la dénomination.

La rémunération allouée doit bien entendu être en adéquation avec les sujétions des dirigeants : elle doit être la contrepartie de l'exercice effectif de leur mandat, être proportionnée aux sujétions qui leur sont effectivement imposées, notamment en ce qui concerne le temps de travail et être comparable à celles couramment versées pour des responsabilités de nature similaire et de niveau équivalent.

Section 2 : La mutuelle ou l'union concurrence un organisme du secteur lucratif

Sous-section 1 : En cas de gestion désintéressée, le caractère lucratif d'une mutuelle ou d'une union ne peut être constaté que si celle-ci concurrence un organisme du secteur lucratif

14. La situation de la mutuelle ou de l'union s'apprécie concrètement par rapport à des entreprises ou des organismes lucratifs exerçant la même activité, dans le même secteur.

15. L'appréciation de la concurrence ne s'effectue pas en fonction de catégories générales d'activités (activités sociales, prestations de soins...) mais à l'intérieur de ces catégories. C'est à un niveau fin que l'identité d'activités doit être appréciée.

Ainsi, les activités de foyer d'accueil pour les familles de personnes hospitalisées (cf. annexe 2, fiche technique n° 7) ne présentent pas un caractère identique à celles s'adressant à des personnes âgées (cf. annexe 2, fiche technique n°4) ou à des individus placés en situation de précarité.

Il convient donc de se poser la question de savoir si le public peut indifféremment s'adresser à une structure lucrative ou non lucrative. Cet élément s'apprécie en fonction de la situation géographique de l'établissement géré par la mutuelle ou de l'union exerçant une activité régie par le livre I ou le livre III du code de la mutualité.

³ Cf. dispositions figurant en annexe 1.

⁴ Indemnité, remboursement à l'employeur des rémunérations maintenues, indemnité pour pertes de gain, remboursements de frais dont il ne peut être justifié qu'ils ont été utilisés conformément à leur objet etc...

Sous-section 2 : La mutuelle ou l'union concurrence un organisme du secteur lucratif et ses conditions de gestion sont similaires

16. Le fait qu'une mutuelle ou qu'une union intervienne dans un domaine d'activité où coexistent des entreprises du secteur lucratif ne conduit pas de ce seul fait à la soumettre aux impôts commerciaux (il en est ainsi par exemple d'une mutuelle ou union gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – cf. annexe 2, fiche technique n°4). Il convient en effet de considérer l'utilité sociale de l'activité, les conditions dans lesquelles le service est accessible, ainsi que les méthodes auxquelles l'organisme a recours pour exercer son activité.

17. Pour apprécier si une mutuelle ou une union exerce son activité dans des conditions similaires à celles d'une entreprise ou si cette activité peut être considérée comme étant d'utilité sociale, il convient d'examiner successivement les critères suivants selon la méthode dite du faisceau d'indices : le « produit » proposé par la mutuelle ou l'union, le « public » bénéficiaire, les « prix » pratiqués et les opérations de communication réalisées (« publicité »). Ces critères n'ont pas tous la même importance. L'énumération qui précède les classe en fonction de l'importance décroissante qu'il convient de leur accorder. Par exemple, le critère de la « Publicité » ne peut à lui seul permettre de conclure à la lucrativité de l'activité d'un organisme. A l'inverse, une attention toute particulière doit être attachée aux critères de l'utilité sociale (« produit » et « public »). Si ces deux critères sont remplis, il sera en général considéré que l'activité exercée par la mutuelle présente un caractère d'utilité sociale et n'est donc pas lucrative.

Il est rappelé qu'il n'est pas exigé que tous les critères soient remplis pour que les conditions d'exercice soient considérées comme différentes de celles des entreprises du secteur lucratif (méthode du faisceau d'indices).

A. LE « PRODUIT »

18. Est d'utilité sociale l'activité qui tend à satisfaire un besoin qui n'est pas pris en compte par le marché ou qui l'est de façon peu satisfaisante.

Exemple : une activité consistant à organiser des débats et conférences ouverts à tout public concernant la prévention relative à certaines pathologies (cancérologie, tabacologie...).

B. LE « PUBLIC » BENEFICIAIRE

19. Sont susceptibles d'être d'utilité sociale les actes payants réalisés principalement au profit de personnes justifiant l'octroi d'avantages particuliers au vu de leur situation économique et sociale (personnes à faibles revenus, personnes âgées dépendantes ou handicapées notamment).

Exemple : un service de soins à domicile réservé à des personnes âgées dépendantes, un service d'aide à domicile réservé à des personnes handicapées (cf. annexe 2, fiches techniques n° 1 et 9).

20. Le fait pour une mutuelle ou une union exerçant une activité régie par le livre I ou le livre III du code de la mutualité de réserver l'ensemble des prestations proposées à ses seuls adhérents ne constitue qu'un indice permettant de considérer que le public est effectivement distinct de celui d'une entreprise du secteur commercial.

C. LE « PRIX »

21. Il convient d'évaluer si les efforts consentis par la mutuelle ou l'union pour faciliter l'accès du public se distinguent de ceux accomplis par les entreprises du secteur commercial, notamment par un prix nettement inférieur pour des services de nature similaire. Cette condition peut éventuellement être satisfaite lorsque la mutuelle ou l'union pratique des tarifs modulés en fonction de la situation de ses adhérents.

Exemple : dans un foyer d'accueil pour les familles de personnes hospitalisées, si la contribution demandée aux familles est fixée en fonction de leur niveau de ressources, la condition sera considérée comme satisfaite (cf. annexe 2, fiche technique n° 7).

22. Cette condition de prix est réputée respectée lorsque les tarifs de la mutuelle ou de l'union sont homologués par la décision particulière d'une autorité publique ; ceci suppose que l'organisme soit soumis à une tarification qui lui est propre.

Exemple : un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale dont le tarif est fixé par l'autorité de tarification et qui accueille effectivement des personnes dans cette dernière situation (Cf. annexe 2, fiche technique n° 4).

D. LA « PUBLICITE »

23. De façon générale, tant que la mutuelle se borne à réaliser des opérations d'information sur ses prestations, il est admis que cette information ne constitue pas un indice de lucrativité.

24. Pour distinguer l'information de la publicité, il convient de vérifier si le contenu des messages diffusés et le support utilisé ont été sélectionnés pour tenir compte du public particulier auquel s'adresse l'action non lucrative de la mutuelle ou de l'union en cause.

25. Ainsi, une mutuelle ou une union peut présenter les prestations qu'elle offre dans un catalogue si ce support est diffusé soit par la mutuelle ou l'union elle-même aux personnes ayant déjà bénéficié de ses prestations ou qui en ont exprimé la demande, soit par l'intermédiaire d'organismes sociaux.

26. En revanche, la vente de ce catalogue en kiosque, la diffusion de messages publicitaires payants (passage de messages dans les journaux, à la radio, location de panneaux publicitaires, bandeaux publicitaires sur des sites internet, etc) sont des éléments susceptibles de remettre en cause le caractère non commercial de la démarche.

Sous-section 3 : L'affectation des excédents

27. La mutuelle ou l'union peut dégager des excédents dans un souci de gestion saine et prudente. Cependant, elle ne doit pas les accumuler dans le seul but de les placer. Les excédents dégagés doivent être destinés à faire face à des besoins ultérieurs ou à des projets entrant dans le champ de son activité non lucrative.

28. Ainsi une utilisation manifestement abusive des excédents (rémunération de nombreux dirigeants, engagements de dépenses somptuaires par la mutuelle au profit de ses membres...) doit conduire à considérer que l'organisme, de par ses modalités de gestion, est lucratif. Dans une telle hypothèse, le critère tenant aux conditions de gestion de l'organisme doit être considéré comme non satisfait.

Section 3 : La mutuelle ou l'union entretient des relations privilégiées avec une entreprise

29. Une mutuelle ou une union régie par le livre I ou le livre III du code de la mutualité peut détenir des titres d'une ou plusieurs sociétés en conservant son caractère non lucratif.

30. En revanche, la mutuelle ou l'union est en principe soumise aux impôts commerciaux si elle entretient des relations privilégiées avec des organismes du secteur lucratif qui en retirent un avantage concurrentiel (il en est ainsi d'une mutuelle ou d'une union qui permet de manière directe à des professionnels et structures lucratives de réaliser une économie de dépenses, un surcroît de recettes ou de bénéficier de meilleures conditions de fonctionnement, quand bien même cette mutuelle ou cette union ne rechercherait pas de profits pour elle-même).

31. L'ensemble de ces règles est détaillé dans l'instruction 4 H-5-06 du 18 décembre 2006, sans préjudice de la situation spécifique des unions au regard de la contribution économique territoriale.

Section 4 : Exercice d'activités lucratives et non lucratives : sectorisation et filialisation des activités lucratives

32. Une mutuelle ou une union régie par le Livre I ou le Livre III du code de la mutualité, dont l'activité principale est non lucrative, peut néanmoins réaliser des opérations de nature lucrative.

33. Dans cette hypothèse, le caractère non lucratif de l'ensemble de l'organisme ne sera pas remis en cause si l'activité non lucrative demeure significativement prépondérante. En effet, la partie lucrative ne doit pas orienter l'ensemble de l'activité de la mutuelle ou de l'union. Le traitement fiscal de cette activité lucrative accessoire varie en fonction de l'impôt considéré : impôt sur les sociétés et imposition forfaitaire annuelle, taxe sur la valeur ajoutée, contribution économique territoriale.

Ainsi, une mutuelle ou une union peut, sous certaines conditions, constituer un secteur dit « lucratif » qui sera seul soumis à l'impôt sur les sociétés et par voie de conséquence à l'imposition forfaitaire annuelle.

34. Les modalités pratiques d'imposition aux impôts commerciaux et de sectorisation sont détaillées dans l'instruction 4 H-5-06 du 18 décembre 2006.

CHAPITRE 3 : ACTIVITES RELEVANT D'UNE GESTION DE SERVICE PUBLIC

35. Certaines activités exercées par des organismes mutualistes sont assimilables à une gestion de service public. Dans ce cas, l'organisme mutualiste contribue à l'exercice d'une mission d'intérêt général conférant à cette activité un caractère non lucratif.

Il en est ainsi des organismes mutualistes assurant la gestion du régime obligatoire (RO) de la sécurité sociale (régime d'assurance maladie auquel l'assuré est automatiquement rattaché en fonction de sa situation personnelle) et assurant la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques.

Des mutuelles peuvent en effet être habilitées à exercer des activités de gestion du régime obligatoire de l'assurance maladie, soit en vertu d'une obligation légale, par exemple au profit des fonctionnaires (articles L. 712-6 et L. 211-4 du code de la sécurité sociale), soit dans le cadre d'une convention, notamment au profit des membres des professions libérales (article L. 611-20 du code précité).

Lorsqu'un organisme mutualiste est agréé pour se substituer à la caisse de sécurité sociale locale, les prestations sont équivalentes à celles qui seraient fournies par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Cette activité peut ainsi être regardée comme une gestion de service public à caractère non lucratif, et, par conséquent, non soumise à l'impôt sur les sociétés.

Par ailleurs, l'activité de certains établissements de santé réalisant des missions de service public est assimilable à une gestion de service public (cf. annexe 2, fiches techniques n° 5 et 6) .

De même, un groupement mutualiste peut gérer un service public autre, principalement dans le secteur des personnes âgées ou de la petite enfance, dans le cadre d'une délégation de service public (cf. annexe 2, fiche technique n° 4).

TITRE 2 : FEDERATIONS ET UNIONS RELEVANT DU LIVRE I DU CODE DE LA MUTUALITE EXERCANT UNE ACTIVITE PORTANT SUR L'ETUDE ET LA DEFENSE DES DROITS ET DES INTERETS COLLECTIFS MATERIELS OU MORAUX DE LEURS MEMBRES OU DES PERSONNES QU'ELLES REPRESENTENT

36. Sont concernées par ces dispositions les fédérations qui, aux termes de l'article L. 111-5 du code de la mutualité, sont créées par plusieurs mutuelles ou unions⁵ en vue de défendre leurs intérêts collectifs, matériels ou moraux, d'en assurer la représentation et de faciliter leurs activités, ainsi que les unions de mutuelles qui exercent des activités similaires.

37. Ces fédérations et unions coordonnent ou mettent en œuvre des actions d'information dans le domaine de la santé, notamment en matière de prévention, de lutte contre la toxicomanie, du bon usage des médicaments et de mise en place de réseaux de soins. Les fédérations ou les unions qui exercent des activités de représentation et de défense de leurs membres ou des personnes qu'elles représentent, sont considérées en principe comme réalisant des activités non lucratives et ne sont pas soumises aux impôts commerciaux.

38. Ce n'est que lorsque leur gestion n'est pas désintéressée ou qu'elles exercent une activité lucrative qu'elles sont susceptibles d'être soumises aux impôts commerciaux (impôt sur les sociétés, imposition forfaitaire annuelle, taxe sur la valeur ajoutée et contribution économique territoriale).

⁵ Définies à l'article L. 111-2 du code de la mutualité.

39. Les critères d'appréciation du caractère lucratif d'une activité (activité exercée en concurrence avec le secteur lucratif et dans des conditions similaires ou relations privilégiées avec des entreprises ou organismes assimilés) sont exposés au titre 1 de la présente instruction auquel il convient de se reporter.

40. Lorsque les activités de ces fédérations ou de ces unions seront considérées comme lucratives, elles pourront, sous certaines conditions, bénéficier des exonérations prévues aux articles 207-1-1° bis et 1461-7°. Ces articles prévoient que les organisations syndicales, quelle que soit leur forme juridique, et leurs unions, sont, lorsqu'elles fonctionnent conformément aux dispositions qui les régissent, exonérées d'impôt sur les sociétés et de contribution économique territoriale pour leurs activités d'étude et de défense des droits et intérêts collectifs matériels ou moraux de leurs membres ou des personnes qu'elles représentent.

De plus, ces fédérations ou ces unions pourront sous certaines conditions bénéficier de l'exonération de TVA mentionnée au 9° du 4 de l'article 261 sur leurs opérations qui se rattachent directement à la défense collective des intérêts moraux ou matériels de leurs membres.

CHAPITRE 1 : EXONERATION D'IMPOT SUR LES SOCIETES ET DE CONTRIBUTION ECONOMIQUE TERRITORIALE

Section 1 : Organismes pouvant bénéficier de l'exonération

41. Sont concernées par les exonérations d'impôt sur les sociétés et de contribution économique territoriale prévues aux articles 207-1-1° bis et 1461-7° les fédérations créées entre plusieurs mutuelles ou unions telles que définies à l'article L. 111-5 du code de la mutualité ainsi que les unions de mutuelles définies à l'article L. 111-2 du même code.

Section 2 : Champ de l'exonération

A. ACTIVITES POUVANT BENEFICIER DE L'EXONERATION

42. Les exonérations d'impôt sur les sociétés et de contribution économique territoriale prévues aux articles 207-1-1° bis et 1461-7° s'appliquent aux activités portant sur l'étude et la défense des droits et des intérêts collectifs matériels ou moraux des membres ou des personnes que les fédérations ou les unions représentent.

43. Sont visées les activités portant sur l'étude, la représentation et la défense des intérêts collectifs des membres devant les pouvoirs publics, une commission, une juridiction, ou toute autre instance ou organisme public ou privé, lorsque cette activité est considérée comme lucrative.

Exemples :

- représentation et défense des intérêts d'une ou plusieurs mutuelles devant l'administration, la Commission européenne... ;
- conseil juridique fourni dans le cadre de la cotisation globale de l'adhérent.

44. Certaines autres activités de défense des intérêts collectifs sont aussi visées par l'exonération précitée. Ainsi, les activités qui pourraient être considérées dans certains cas comme lucratives en tant que telles mais qui constituent le prolongement de l'activité de représentation et de défense des membres et qui sont effectuées dans leur intérêt collectif peuvent aussi être exonérées.

Exemple : la promotion et l'organisation de congrès, de réunions, la publication d'ouvrages et de revues professionnelles à destination des mutuelles adhérentes, la réalisation de programmes de recherche et d'expérimentation dans l'intérêt collectif des membres...

B. ACTIVITES EXCLUES DE L'EXONERATION

45. Sont exclues du bénéfice de l'exonération précitée et imposées à l'impôt sur les sociétés et à la contribution économique territoriale les prestations de service nettement individualisées qui peuvent être fournies dans les mêmes conditions par des organismes du secteur lucratif.

46. Pour apprécier le caractère nettement individualisé d'une prestation de service, il convient d'examiner, au regard d'un faisceau d'indices, dans quelles conditions celle-ci est réalisée.

La personnalisation d'une prestation ou l'existence d'un lien direct entre la prestation réalisée et le versement d'une cotisation (constatation d'une proportionnalité entre le montant de la cotisation versée par une mutuelle et les services qui lui sont rendus par la fédération ou l'union) sont des indices du caractère nettement individualisé d'une prestation de service fournie par une fédération ou une union.

Exemples :

- une étude ou une recherche précise réalisée à la demande d'un professionnel et dont les résultats font l'objet d'une appropriation exclusive par ce dernier ;
- le conseil juridique dans le cadre d'une vérification de comptabilité chez une mutuelle et qui fait l'objet d'une facturation spécifique ;
- la formation individuelle à l'informatique ou à la comptabilité faisant l'objet d'une facturation spécifique ;
- les prestations comptables et fiscales moyennant une cotisation supplémentaire ;
- le conseil juridique par téléphone, le montant de la cotisation variant en fonction du nombre d'appels effectués dans l'année.

47. Il en sera de même des activités lucratives nettement dissociables de l'activité de représentation et de défense des intérêts collectifs et qui ne constituent qu'une source de financement de celle-ci.

Exemples : la vente de boissons, de denrées alimentaires lors de manifestations ; la sous-location de locaux ou la mise à disposition de personnel à des structures du secteur lucratif ; la publication et la vente d'ouvrages destinés à un large public et diffusés par des voies commerciales classiques, sauf lorsque cette activité est dans le prolongement de l'activité de représentation et de défense des intérêts collectifs des membres de la fédération ou de l'union.

CHAPITRE 2 : SECTORISATION OU FILIALISATION DES ACTIVITES LUCRATIVES NON EXONEREES

48. Lorsqu'une fédération de mutuelles ou une union exerçant une activité portant sur la défense ou la représentation des intérêts collectifs matériels ou moraux des membres participants ou des personnes qu'elle représente exerce, en outre, une activité lucrative non exonérée, celle-ci sera soumise à l'impôt sur les sociétés, à l'imposition forfaitaire annuelle et à la contribution économique territoriale.

49. Dès lors que les activités non imposées (c'est-à-dire hors du champ d'application de l'impôt sur les sociétés au titre du chapitre 2 du titre 1 ou exonérées au titre du chapitre 1 du titre 2) sont significativement prépondérantes, la soumission à l'impôt sur les sociétés pourra être limitée à un secteur distinct regroupant les seules activités imposées. Dans ce cas, en matière d'imposition forfaitaire annuelle, seul le chiffre d'affaires, majoré des produits financiers, du secteur lucratif est retenu pour l'application du barème de cet impôt⁶.

Les modalités de la sectorisation ou de la filialisation des activités lucratives sont exposées dans l'instruction 4 H-5-06.

Rappel : En matière de contribution économique territoriale, seules les activités lucratives sont imposables, quand bien même elles seraient prépondérantes ou ne feraient pas l'objet d'une sectorisation.

⁶ L'imposition forfaitaire annuelle est due par les personnes morales passibles de l'impôt sur les sociétés dont le chiffre d'affaires majoré des produits financiers est au moins égal à 15 000 000 € selon le barème prévu à l'article 223 septies. Le chiffre d'affaires à prendre en considération s'entend du chiffre d'affaires hors taxes du dernier exercice clos avant le 1^{er} janvier de l'année d'exigibilité de l'imposition.

50. Exemple :

Soit une fédération A qui exerce les trois activités suivantes :

- une activité portant sur la défense ou la représentation des intérêts collectifs matériels ou moraux des membres participants ou des personnes qu'elle représente, régie par le livre I du code de la mutualité ;
- une activité de gestion d'une plate-forme téléphonique ouverte gratuitement aux adhérents dont la mission consiste en la prévention de certaines pathologies, régie par le livre I du code de la mutualité ;
- une activité d'éditions d'ouvrages médicaux régie par le livre I du code de la mutualité.

En application des principes énoncés aux titres 1 et 2 de la présente instruction, la fédération A procède à une analyse au cas par cas de chacune de ses activités.

Il ressort de cette analyse que :

- l'activité portant sur la défense ou la représentation des intérêts collectifs matériels ou moraux des membres participants ou des personnes que la mutuelle représente est lucrative mais exonérée en application de l'article 207-1-1° bis ;
- l'activité de gestion d'une plate-forme téléphonique ouverte gratuitement aux adhérents dont la mission consiste en la prévention de certaines pathologies est non lucrative ;
- l'activité d'éditions d'ouvrages médicaux est lucrative ;

Afin de procéder à la sectorisation de ses activités, la fédération A regroupe ses activités non lucratives (l'activité de gestion de la plate-forme téléphonique) et exonérées (l'activité portant sur la défense ou la représentation des intérêts collectifs matériels ou moraux des membres participants ou des personnes que la fédération représente) d'un côté et ses activités imposables de l'autre.

Par hypothèse, il sera considéré de ce regroupement que les activités non lucratives et exonérées sont prépondérantes par rapport à ses activités lucratives.

Ainsi, la fédération A pourra isoler dans un secteur distinct ses activités lucratives et limiter l'imposition à l'impôt sur les sociétés à ce seul secteur. En matière d'imposition forfaitaire annuelle, seul le chiffre d'affaires, majoré des produits financiers, du secteur lucratif sera retenu pour l'application du barème de cet impôt. En matière de contribution économique territoriale, seules les activités lucratives seront en tout état de cause soumises à imposition⁷.

Précisions :

En matière de taxe sur la valeur ajoutée, même lorsqu'elles ne remettent pas en cause le caractère non lucratif de la mutuelle ou de l'union, les opérations lucratives, réalisées à titre accessoire par un organisme mentionné au a ou b de l'article 261-7-1°, sont imposées à la taxe sur la valeur ajoutée dans les conditions de droit commun.

En outre, certaines opérations considérées comme non lucratives ou exonérées au regard des impôts directs (IS, CET) peuvent néanmoins être soumises à la TVA en application de dispositions législatives expresses.

Il en est ainsi, notamment, des activités d'édition et de restauration collective sous certaines conditions.

La sectorisation retenue pour l'application de l'impôt sur les sociétés est sans incidence sur les règles relatives à la constitution de secteurs distincts dont l'application est exigée pour l'exercice des droits à déduction de la taxe sur la valeur ajoutée.

En effet, la création de secteurs distincts est régie par les dispositions de l'article 209 de l'annexe II. Cette création peut également résulter de dispositions spécifiques (notamment au 4° de l'article 209-I de la même annexe).

⁷ Toutefois, pour déterminer le taux effectif d'imposition à la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises, il convient également de retenir le chiffre d'affaires correspondant à une exonération de cotisation foncière des entreprises (art. 1586 ter, II, 1 ; cf. instruction fiscale publiée au BOI 6 E-4-12).

CHAPITRE 3 : EXONERATION DE TVA

51. Le dispositif d'exonération d'impôt sur les sociétés et de contribution économique territoriale visé au chapitre 1 n'emporte pas de conséquence sur l'application de l'exonération de TVA applicable aux organismes syndicaux. A cet égard, les conditions d'application et la portée de l'article 261-4-9° ne recoupent pas nécessairement celles des mesures d'exonérations d'IS et de CET visées aux articles 207-1-1° bis et 1461-7°.

Au regard de la TVA, la situation fiscale des fédérations et unions mutualistes qui ne satisfont pas aux conditions de non-lucrativité exposées au chapitre 2 du titre 1 doit être analysée dans les conditions suivantes.

Section 1 : Les opérations placées hors du champ d'application de la TVA

52. En application des jurisprudences communautaire et interne, les actions menées dans le cadre d'une mission d'intérêt général dévolue par les pouvoirs publics à un organisme de droit privé sont situées hors du champ d'application de la TVA dès lors que cet organisme peut, conformément à sa mission, prendre des décisions qui n'auraient pas pour effet de donner un avantage particulier à ses membres.

53. De même, ne sont pas imposables à la TVA les prestations et les ventes réalisées par l'organisme au profit de ses membres lorsqu'il n'existe pas de lien direct entre ces opérations et une contrepartie financière (cotisation, rémunération spécifique...) versée par les membres bénéficiant de ces opérations (cf. BOI 3 CA-94 n° spécial du 8 septembre 1994, §3 et suivants). Tel est le cas des opérations réalisées à titre gratuit.

Section 2 : Les opérations exonérées sur le fondement de l'article 261-4-9° du CGI

54. Lorsque les opérations réalisées par un organisme syndical sont placées dans le champ d'application de la TVA, il convient alors d'examiner sa situation au regard du dispositif d'exonération prévu à l'article 261-4-9°.

55. Cette disposition exonère de TVA les prestations de services et les livraisons de biens qui leur sont étroitement liées fournies à leurs membres, moyennant une cotisation fixée conformément aux statuts, par les organismes dont la gestion est désintéressée et qui poursuivent, notamment, des objectifs de nature syndicale dans la mesure où ces opérations se rapportent directement à la défense collective des intérêts moraux ou matériels des membres.

56. S'agissant du caractère désintéressé de la gestion, il convient de se reporter aux §10 et suivants de la présente instruction.

57. Il est toutefois rappelé que les opérations réalisées par les organisations syndicales doivent, pour bénéficier de cette mesure d'exonération, notamment satisfaire cumulativement aux conditions suivantes :

- il doit s'agir de prestations de services ou de livraisons de biens étroitement liées à ces prestations qui sont fournies aux adhérents de l'organisme ;
- ces opérations doivent, en principe, être exclusivement rémunérées par la perception d'une cotisation statutaire ;
- ces opérations doivent se rattacher directement à la défense des intérêts moraux et matériels des membres de l'organisme.

58. A cet égard, la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE, arrêt du 12/11/1998, C-149/97 Institute of motors industry) a précisé qu'un organisme qui se borne à promouvoir les intérêts de ses membres (en l'espèce assurer le perfectionnement des personnes travaillant dans la vente au détail d'automobiles) sans que cet objectif ne se réalise par la défense et la représentation d'intérêts collectifs vis-à-vis des centres de décision qui les concernent ne peut être regardé comme poursuivant des objectifs de nature syndicale au sens de l'article 13 A §1, I de la sixième directive TVA.

De même, il résulte de la jurisprudence administrative que l'exonération de l'article 261-4-9° est applicable lorsque les interventions de l'organisme sont liées à la reconnaissance d'une profession ou à sa réglementation mais pas lorsque le groupement intervient dans l'organisation économique de cette profession (publicité collective, négociation de tarifs, fourniture d'éléments de nature à améliorer les performances...).

Toutefois, il est rappelé que ces dernières opérations d'intérêt collectif n'entrent dans le champ d'application de la TVA que dans la mesure où elles entretiennent un lien direct avec les cotisations versées ainsi qu'il est indiqué au § 53.

59. Cela étant, les syndicats peuvent également bénéficier de mesures spécifiques à certaines des activités qu'ils développent.

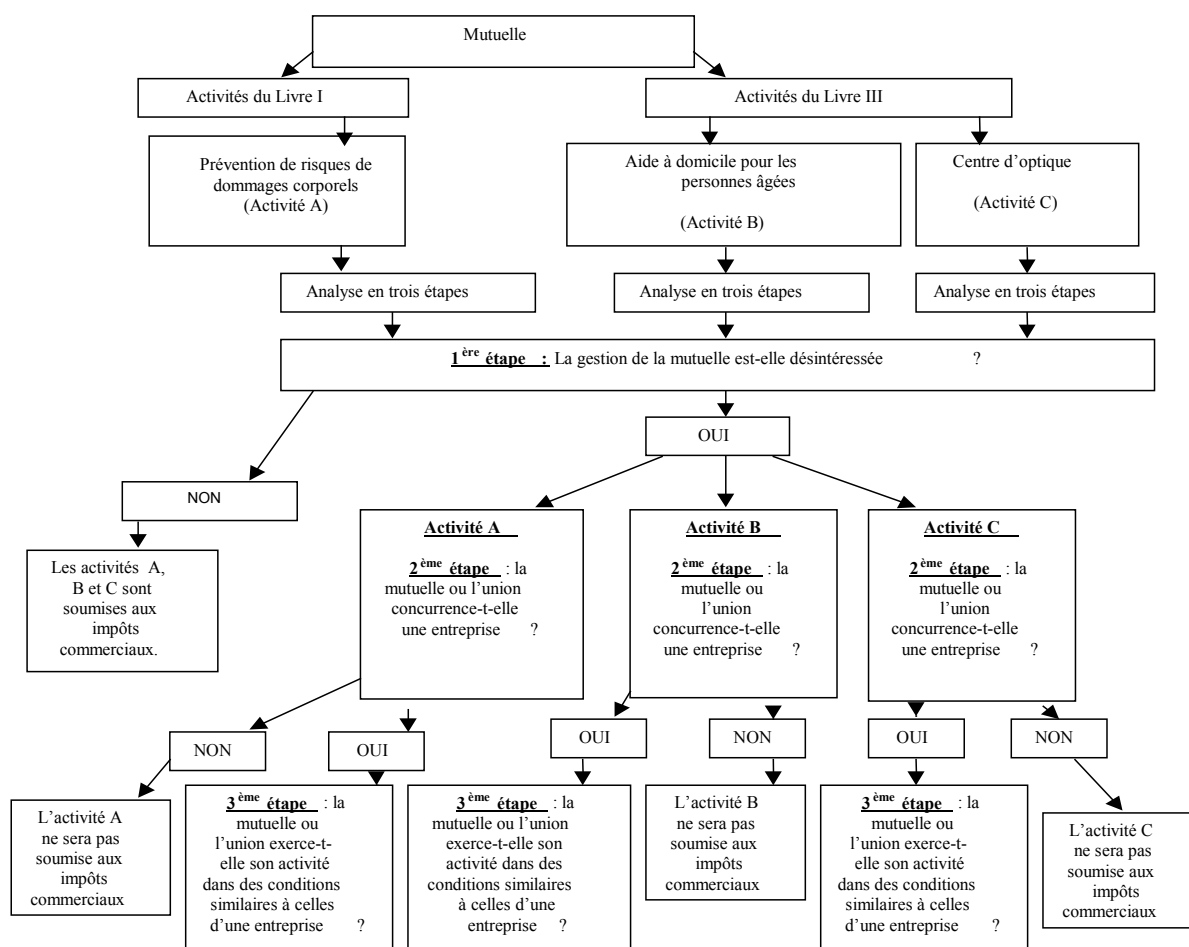
Tel est le cas des prestations de formation professionnelle continue exonérées en application de l'article 261-4-4° a.

Enfin, ces organismes bénéficient d'un régime spécifique pour leurs activités de presse.

TITRE 3 : SCHEMAS RECAPITULATIFS

60. Les schémas ci-après reprennent les modalités pratiques de détermination du caractère lucratif, non lucratif ou exonéré des activités des mutuelles régies par le livre I et le livre III du code de la mutualité, ainsi que les modalités de sectorisation détaillées aux titres 1 et 2 de la présente instruction.

61. **Situation n° 1 : la mutuelle exerce des activités régies par le livre I et le livre III du code de la mutualité.**



● En matière d'impôt sur les sociétés et d'imposition forfaitaire annuelle :

Si les activités non lucratives sont prépondérantes, la mutuelle pourra (sous certaines conditions) constituer un secteur dit « lucratif ». L'imposition à l'impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun portera alors sur ce seul secteur. En outre, seul le chiffre d'affaires, majoré des produits financiers, du secteur lucratif sera retenu pour l'application du barème de l'imposition forfaitaire annuelle.

En l'absence de sectorisation de ses activités lucratives, la mutuelle sera soumise à l'impôt sur les sociétés sur l'ensemble de ses activités. En outre, c'est le chiffre d'affaires total réalisé par la mutuelle et majoré des produits financiers qui sera retenu dans cette hypothèse pour l'application du barème de l'imposition forfaitaire annuelle.

● En matière de contribution économique territoriale :

Seules les activités lucratives seront imposables, quand bien même elles seraient prépondérantes ou ne feraient pas l'objet d'une sectorisation.

● En matière de taxe sur la valeur ajoutée :

Lorsque les activités non lucratives sont prépondérantes, les recettes des activités lucratives sont soumises de plein droit à la TVA sous réserve d'exonérations spécifiques. Nonobstant leurs prépondérances, certaines activités non lucratives peuvent être soumises à la taxe (cf. § 50 précisions).

Lorsque les activités lucratives sont prépondérantes, toutes les activités sont soumises à la taxe sous réserve d'exonération spécifique.

En matière de droit à déduction de la TVA, les règles relatives à la création de secteurs distincts d'activité résultent de dispositions réglementaires qui s'imposent aussi bien à l'administration qu'aux redevables. En application de ces règles, deux sortes de sectorisation doivent être distinguées :

- celle qui résulte du principe général énoncé à l'article 209 I de l'annexe II : cette sectorisation s'applique aux redevables qui réalisent des activités qui ne sont pas toutes soumises à des dispositions identiques au regard de la TVA ;

- celle qui résulte des dispositions spécifiques prévoyant expressément que, compte tenu de leur nature, certaines activités doivent être érigées en un secteur distinct d'activité.

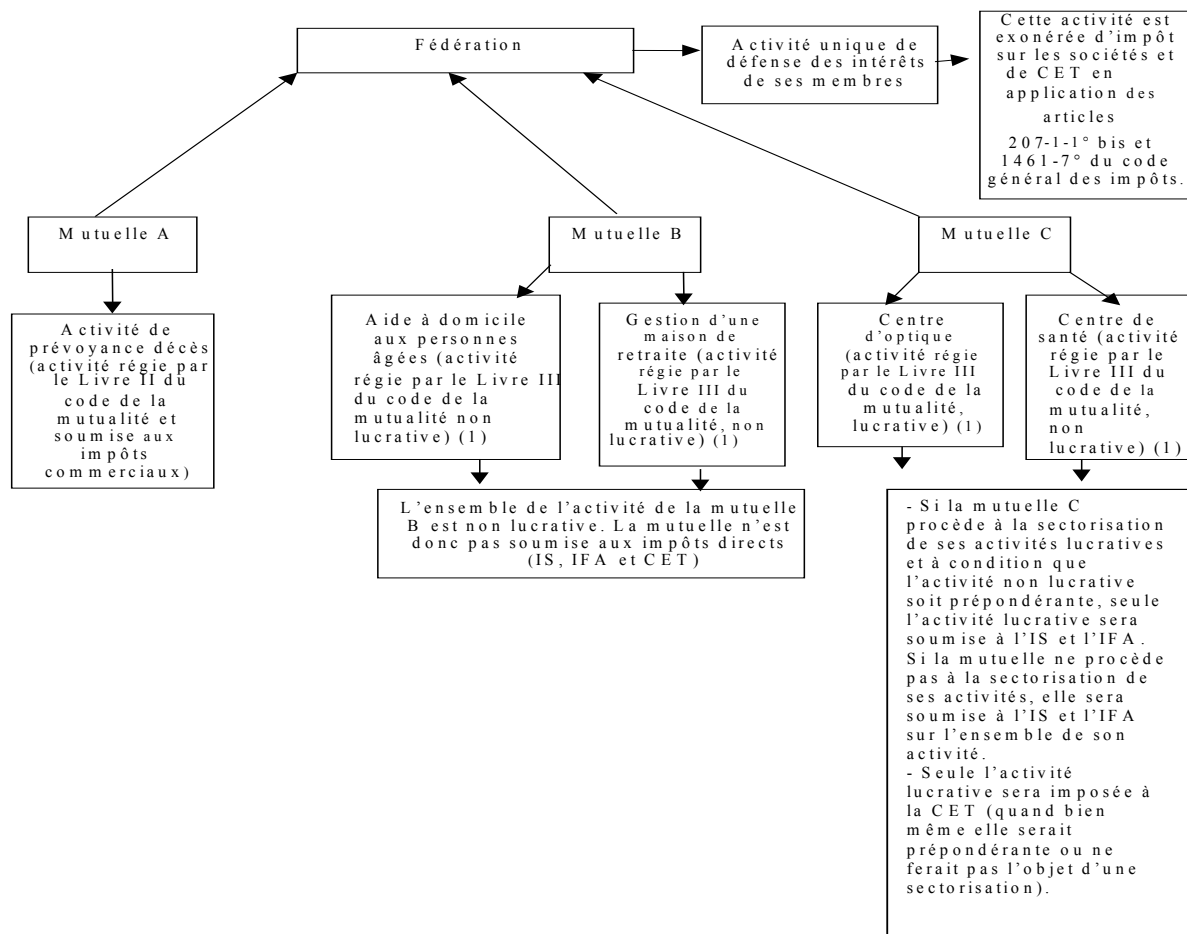
Ainsi, une mutuelle peut être tenue de constituer des secteurs distincts pour l'exercice de ses droits à déduction en matière de TVA dans les conditions rappelées ci-après :

1) un secteur regroupant les opérations exonérées de TVA en application des dispositions de l'article 261-7-1°-a et c comprenant les services rendus aux membres, les manifestations de bienfaisance dans la limite de six par an, ainsi que les ventes consenties, le cas échéant, aux membres de l'organisme, y compris la part taxée de ces ventes, c'est-à-dire celle qui excède la limite de 10 % des recettes totales de l'organisme. Il s'agit d'une sectorisation spécifique résultant du 4° du I de l'article 209 de l'annexe II.

2) un secteur spécifique pour chacune des activités au titre desquelles la création d'un secteur distinct est obligatoire en application de dispositions particulières.

3) un secteur qui regroupe les opérations soumises à la TVA, autres que celles visées au 1) et au 2).

62. Situation n° 2 : la fédération exerce une activité de défense des intérêts de ses membres, et ces derniers exercent des activités régies par le livre I, le livre II et le livre III du code de la mutualité.



(1) Après analyse en trois étapes au cas particulier, cf. annexe 2, fiches techniques n° 1, 3, 4 et 11.

TITRE 4 : DISPOSITIONS PARTICULIERES ET ENTREE EN VIGUEUR

CHAPITRE 1 : ENTREE EN FISCALITE ET RESERVE SPECIALE DE SOLVABILITE

Section 1 : Bilan d'entrée en cas de fiscalisation

63. Les mutuelles et les unions régies par le livre I et le livre III du code de la mutualité qui seraient soumises aux impôts commerciaux du fait du caractère lucratif de leurs activités doivent constituer un bilan d'entrée en fiscalité.

Ce bilan d'entrée doit servir de point de départ pour l'entrée en fiscalité de la mutuelle ou de l'union.

Section 2 : Réserve spéciale de solvabilité

64. Les mutuelles et leurs unions régies par le livre I et le livre III du code de la mutualité peuvent doter, au titre des exercices ouverts en 2012 et 2013, la réserve spéciale de solvabilité prévue à l'article 217 septdecies pour une quote-part dégressive admise en déduction de leur résultat imposable.

Exercice au titre duquel doit être dotée la réserve spéciale	Quote-part déductible du résultat imposable pouvant être mise en réserve
2012	60 %
2013	40 %

65. Les modalités de dotation de cette réserve spéciale seront développées dans une instruction à paraître.

CHAPITRE 2 : APPLICATION DU REGIME FISCAL DES GROUPES DE SOCIETES

66. L'article 88 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 a étendu le régime fiscal des groupes de sociétés prévu aux articles 223 A à 223 U aux sociétés et organismes du secteur des assurances dénués de capital qui sont inclus dans un périmètre de combinaison comptable, notamment les mutuelles. Ce dispositif a été commenté par l'instruction administrative 4 H-8-08 du 22 décembre 2008. En cas d'option pour ce régime, toutes les personnes morales dénuées de capital liées par un lien de combinaison à l'entité combinante et qui sont membres du périmètre de combinaison comptable sont obligatoirement membres du groupe (cf. n° 25 de l'instruction précitée). La personne morale mère du groupe combiné et toutes les sociétés ou entités membres du groupe doivent par ailleurs être soumises à l'impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun (cf. n° 31 de l'instruction précitée). Il est précisé que le fait pour les mutuelles et leurs unions de doter la réserve spéciale de solvabilité conformément aux dispositions de l'article 217 septdecies ne remet pas en cause le respect de cette condition de soumission à l'impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun.

67. En revanche, les mutuelles et leurs unions qui exercent des activités non lucratives ou lucratives exonérées prépondérantes et constituent un secteur distinct dit « lucratif » seul soumis à l'impôt sur les sociétés, dans les conditions mentionnées au n° 33 ou au n° 49, ne remplissent pas cette condition de soumission à l'impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun. En conséquence, ces mutuelles et unions ne peuvent en principe pas devenir membres d'un groupe fiscal. Dans ce cas, il est admis que les autres personnes morales dénuées de capital qui sont membres du même périmètre de combinaison comptable que ces mutuelles ou unions puissent constituer un groupe fiscal et que la condition d'inclusion obligatoire dans le périmètre du groupe de toutes les personnes morales dénuées de capital membres du périmètre de combinaison comptable⁸ ne s'applique qu'aux mutuelles et à leurs unions soumises à l'impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun.

CHAPITRE 3 : OBLIGATIONS DECLARATIVES

68. En application de l'article 53 A, les mutuelles ou leurs unions dont le caractère lucratif de l'activité serait reconnu sont notamment tenues de joindre à leur déclaration de résultat un bilan et un compte de résultat. Ces documents établis à partir des données comptables doivent retracer l'intégralité des opérations imposables réalisées par ces organismes en application des dispositions de la présente instruction. Le résultat des activités imposables est déterminé à partir de ces données comptables.

69. En vertu des dispositions de l'article 223-1, les mutuelles ou leurs unions déposeront une déclaration n° 2065 pour leurs activités lucratives.

En cas de constitution d'un secteur lucratif, les mutuelles et leurs unions devront continuer à déclarer séparément à l'impôt sur les sociétés aux taux réduits leurs revenus patrimoniaux qui ne se rattachent pas aux activités lucratives (imprimé n° 2070).

⁸ Cf. articles L. 212-7 et D. 212-5 du code de la mutualité.

CHAPITRE 4 : REPORT DE LA DATE LIMITE DE PAIEMENT DE L'IMPOSITION FORFAITAIRE
ANNUELLE DUE AU TITRE DE L'ANNEE 2012

70. La date limite de paiement de l'imposition forfaitaire annuelle due le cas échéant par les mutuelles concernées par la présente instruction⁹ au titre de l'année 2012, fixée au 15 mars 2012 en application de l'article 1668 A, est exceptionnellement reportée au 30 juin 2012, aucune pénalité pour paiement tardif n'étant par voie de conséquence applicable en cas de règlement dans ce délai.

DB liées : 4H 1161 n°s 76 à 78, 4H 1162 n°s 26 à 28, 4H 1361 n°s 1 et 2

BOI liés : 4 H-4-04, 4 H-5-06.

La Directrice de la législation fiscale

Marie-Christine LEPETIT

•

⁹ Cf. paragraphes 4, 33, 38, 48 à 50 et 61.

Annexe 1

Dispositions du code de la mutualité relatives aux dirigeants des mutuelles et à leur rémunération

Article L. 114-9

L'assemblée générale de la mutuelle ou de l'union procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation. Par dérogation à l'article L. 114-18, l'assemblée générale peut procéder directement à l'élection du président de la mutuelle ou de l'union.

Elle statue sur :

- a) Les modifications des statuts ;
- b) Les activités exercées ;
- c) Le montant des droits d'adhésion, lorsqu'ils sont prévus par les statuts ; ce montant ne peut varier que dans des limites fixées par décret ; en tout état de cause, il est fixé une fois par an et est le même pour toutes les adhésions de l'exercice ;
- d) Les montants ou taux de cotisations ;
- e) Les prestations offertes ;
- f) L'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ou de l'union, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 ;
- g) Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- h) L'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 ;
- i) Le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- j) Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- k) Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- l) Le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 ;
- m) Le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 ;
- n) Le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-3.

Article L. 114-16

Les mutuelles sont administrées par un conseil d'administration composé d'administrateurs élus à bulletin secret par les membres de l'assemblée générale dans les conditions fixées par les statuts, parmi les membres participants âgés de dix-huit ans révolus et les membres honoraires. Les membres participants représentent au moins les deux tiers du conseil d'administration.

Les administrateurs des unions et fédérations sont élus parmi les délégués siégeant à l'assemblée générale.

Le conseil d'administration d'une mutuelle, union ou fédération ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7. Toute élection ou nomination intervenant en méconnaissance de ces dispositions est nulle.

Le nombre de membres du conseil d'administration est fixé par les statuts. Il ne peut toutefois être inférieur à dix. Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président. A défaut de convocation, les dispositions prévues au I de l'article L. 114-8 s'appliquent.

La durée des fonctions d'administrateur fixée par les statuts ne peut être supérieure à six ans. Cette fonction est renouvelable sauf stipulation statutaire contraire.

Dans les mutuelles, unions et fédérations employant au moins cinquante salariés, deux représentants de ceux-ci, élus dans les conditions fixées par les statuts, assistent avec voix consultative aux séances du conseil d'administration.

Article L. 114-17

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application.

Le conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- a) Des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du code de commerce ;
- b) De la liste des organismes avec lesquels la mutuelle ou l'union constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 ;
- c) De l'ensemble des sommes versées en application de l'article L. 114-26 ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versées à chaque administrateur ;
- d) De l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants salariés ;
- e) De la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle, union ou fédération ;
- f) Des transferts financiers entre mutuelles et unions ;
- g) Pour les mutuelles ou leurs unions relevant du livre II, le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents ;
- h) Des informations mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 225-102-1 du code de commerce.

Le conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la mutuelle, l'union ou la fédération fait partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée générale.

Il établit également, lorsque la mutuelle ou l'union relève du livre II, le rapport de solvabilité visé à l'article L. 212-3 et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, visé à l'article L. 212-6.

Article L. 114-26

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, lorsque l'importance de l'organisme le nécessite, l'assemblée générale peut décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées. Les cas et conditions de cette indemnisation, notamment le seuil d'activité à partir duquel elle peut être allouée, sont définis par décret en Conseil d'Etat.

L'organisme rembourse à l'employeur les rémunérations maintenues, pour permettre aux administrateurs salariés d'exercer leurs fonctions pendant le temps de travail, ainsi que les avantages et les charges y afférents.

Une convention conclue entre l'organisme, d'une part, et l'employeur, d'autre part, fixe les conditions de ce remboursement. Dans le cas où l'employeur ne maintient pas la rémunération, l'organisme peut verser au président et à l'administrateur ayant des attributions permanentes une somme d'un montant égal au montant brut du dernier salaire perçu.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ont droit à des indemnités correspondant à la perte de leurs gains, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Les mutuelles, unions et fédérations remboursent également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Le présent article est applicable aux agents publics dans les conditions fixées par les dispositions statutaires ou réglementaires qui les régissent.

Les fonctions de membre du conseil d'administration d'une mutuelle, union ou fédération, ouvrant droit aux indemnités visées au deuxième alinéa du présent article ne constituent ni des activités professionnelles procurant des revenus au sens de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, ni une activité privée lucrative au sens de l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Article L. 114-28

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle, union ou fédération ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle, union ou fédération qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Un ancien salarié d'une mutuelle, union ou fédération ne peut être nommé administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

La nullité des nominations intervenues en méconnaissance des deux alinéas précédents n'entraîne pas celle des délibérations auxquelles l'administrateur irrégulièrement nommé a pris part.

Article L. 114-31

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations des unions et des mutuelles ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant salarié.

Article R. 114-4

L'indemnité mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 114-26 peut être attribuée dans les organismes mutualistes qui, en moyenne annuelle au cours des trois derniers exercices, comptent au moins cinq mille membres participants recensés, ont encaissé au moins un million d'euros de cotisations ou ont employé au moins dix salariés en équivalent temps plein.

Article R. 114-5

Le montant total des indemnités versées par un même organisme mutualiste en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 114-26 ne peut excéder celui du total des dix plus hautes rémunérations versées à ses salariés par cet organisme.

Pour un organisme qui, en moyenne annuelle au cours des trois derniers exercices, compte au moins cinquante mille membres participants, a encaissé au moins dix millions d'euros de cotisations ou a employé au moins cent salariés en équivalent temps plein, le montant total des indemnités mentionné au premier alinéa ne peut excéder celui du total des quinze plus hautes rémunérations versées à ses salariés par cet organisme.

Article R. 114-6

I.- Le montant annuel de l'indemnité, attribuée à un autre titre que le remboursement des rémunérations ou de la perte de gains et les remboursements de frais mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 114-26, ne peut excéder le plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale pour l'année considérée.

Ce montant est toutefois porté à :

a) Deux fois le montant du plafond mentionné au premier alinéa pour les organismes qui, en moyenne annuelle au cours des trois derniers exercices, comptent au moins vingt-cinq mille membres participants, ont encaissé au moins cinq millions d'euros de cotisations ou ont employé au moins cinquante salariés en équivalent temps plein.

b) Trois fois le montant du plafond mentionné au premier alinéa pour les organismes qui, en moyenne annuelle au cours des trois derniers exercices, comptent au moins cinquante mille membres participants, ont encaissé au moins dix millions d'euros de cotisations ou ont employé au moins cent salariés en équivalent temps plein.

II.- Chacune des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 114-26 et bénéficiant d'une indemnité présente au conseil d'administration de l'organisme un compte rendu annuel des activités qu'elle exerce et du temps passé au service de la mutuelle.

Ce compte rendu est annexé au rapport prévu au c de l'article L. 114-17.

Article R. 114-7

Le total des indemnités attribuées à un autre titre que le remboursement des rémunérations maintenues ou la perte de gains et les remboursements des frais mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 114-26 que les présidents de conseil d'administration et les administrateurs, quel que soit le nombre de leurs mandats, peuvent recevoir au cours d'une année civile, ne peut excéder deux fois le montant du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale de l'année considérée.

Ce montant peut être porté à trois fois le montant du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale de l'année considérée lorsque les intéressés exercent au moins un de leurs mandats dans un organisme mentionné au b de l'article R. 114-6.

•

Annexe 2

Principales activités des mutuelles régies par le Livre III du code de la mutualité (fiches techniques n^{os} 1 à 12)

FICHE TECHNIQUE N° 1

AIDE À DOMICILE

L'activité consiste à aider à domicile les personnes pour les actes essentiels de la vie (lever, coucher, aide à la toilette...), les activités de la vie quotidienne (soins et garde des enfants, préparation des repas, ménage, repassage...) ou assurer un accompagnement social, socio-éducatif ou d'insertion (difficultés relationnelles, dépression, chômage, surendettement, alcoolisme, maltraitance...).

Elle concerne :

- les familles confrontées à des difficultés passagères ou de plus longue durée (maladie, longue maladie, décès, grossesse, problèmes sociaux ou d'insertion...) ; les prestations sont alors susceptibles d'être prises en charge, au moins partiellement, par des services sociaux (caisse d'allocations familiales, Conseil général, Mutualité sociale agricole...) ;
- les personnes âgées de plus de 60 ans ;
- les personnes handicapées ;
- les personnes malades.

Pour ces activités, les mutuelles doivent être autorisées conformément à la procédure mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles ou agréées selon la procédure mentionnée à l'article L. 7232-1 du code du travail.

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n^{os} 12 et 13 de la présente instruction.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

La concurrence entre une mutuelle et une entreprise privée exerçant ce type d'activité s'apprécie s'il existe une entreprise privée exerçant la même activité que la mutuelle dans un rayon significatif de kilomètres.

La notion de « rayon significatif de kilomètres » doit s'apprécier en fonction des voies de communication existantes dans la zone géographique dans laquelle est implantée la mutuelle et qui permet un parcours des distances plus ou moins rapide (présence d'autoroutes ou de voies de communications rapides, zone de montagne...).

En l'absence de prestataire lucratif dans cette zone, l'activité de la mutuelle sera considérée comme non lucrative.

ETAPE N° 3 : LA MUTUELLE EXERCE-T-ELLE SON ACTIVITÉ DANS DES CONDITIONS SIMILAIRES À CELLES D'UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Pour être considérée comme non lucrative, l'activité concurrentielle doit être exercée selon des modalités différentes de celles des organismes du secteur lucratif. Afin de vérifier la réalisation de cette condition, il conviendra d'analyser les critères suivants, classés en fonction de l'importance décroissante qu'il convient de leur accorder.

Produit

Pour que le produit soit considéré comme distinct du produit couramment offert par le secteur privé, les critères suivants doivent être pris en compte :

- l'aide ménagère ne doit pas se limiter aux seuls travaux ménagers mais doit permettre aux bénéficiaires d'assurer leur indépendance et de maintenir des relations avec l'extérieur et favoriser le retour des personnes aidées à une plus grande autonomie ;
- la prise en charge s'appuie sur une démarche d'évaluation qui prend en compte les souhaits de la personne, son niveau de capacité physique et psychique, son environnement affectif et géographique, ses habitudes et le respect de son individualité ;

- l'existence d'un accompagnement social des personnes qui se traduit notamment par une animation effectuée par des bénévoles sera notamment un élément d'appréciation positif ;

- il en est de même de l'intervention de bénévoles, notamment auprès ou au profit des personnes aidées pour que soient assurés l'évaluation de leurs besoins, leur suivi ou les relations avec l'entourage de la personne.

Public

Le public est constitué de personnes dont l'autonomie est réduite, en raison notamment d'un état de dépendance, du fait d'affections passagères ou de convalescence, ce qui rend nécessaire une aide dans les gestes de la vie quotidienne.

En outre, le faible niveau de ressources sera un élément de différenciation. L'isolement ou l'éloignement des bénéficiaires des prestations doit également être pris en compte.

Prix

Le prix des prestations est en principe identique à celui du secteur privé sachant qu'il est fixé par l'autorité compétente. Le fait de pratiquer des prix supérieurs au tarif public constitue donc un indice de lucrativité mais ne saurait justifier à lui seul le caractère lucratif de l'organisme.

La participation du bénéficiaire en fonction du niveau de ses ressources, une pratique de réductions de prix et de prestations gratuites en fonction de la situation sociale des personnes aidées à domicile ou de l'urgence de l'aide à apporter constituent des indices de non-lucrativité.

La comparaison du prix à apporter doit se faire à prestation identique, quelle que soit la localisation de la personne bénéficiaire dans la zone géographique prévue dans l'agrément de la mutuelle.

Publicité

D'une façon générale, tant que la mutuelle se borne à réaliser des opérations d'information sur ses prestations, il est admis que cette information ne constitue pas un indice de lucrativité fiscale. Bien entendu, la mutuelle ne doit pas se livrer à des campagnes de publicité à destination d'un public indifférencié.

Nota : Si l'activité d'aide à domicile présente un caractère lucratif, la mutuelle peut, si sa gestion demeure désintéressée et si elle est agréée en application de l'article L. 7232-1 du code du travail, bénéficier de l'exonération de TVA prévue au 1° ter du 7 de l'article 261. Elle peut également bénéficier de l'exonération d'impôt sur les sociétés de droit commun prévue au 5 bis de l'article 206 et relève dans ce cas des dispositions prévues au 5 du même article.

FICHE TECHNIQUE N° 2**HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)**

Les services HAD, qui sont des structures hospitalières, permettent aux malades de bénéficier à domicile du potentiel médical et paramédical.

Ces structures sont soumises à une autorisation de l'agence régionale de santé (ARS) pour une durée déterminée. L'accord et le maintien de l'autorisation répondent à trois critères :

- la satisfaction des besoins de santé de la population identifiés dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ;
- la compatibilité avec les objectifs fixés par ce schéma ;
- le respect des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement.

Le patient accède à ces services sur la prescription médicale d'un médecin indépendant de la structure d'HAD, sur des critères liés à la personne et à la pathologie.

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n°s 12 et 13 de la présente instruction.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Ces prestations sont dans une large majorité proposées par des structures publiques ou privées non lucratives (associations). Chaque structure autorisée intervient dans une aire géographique déterminée.

Ces activités sont très souvent exercées en dehors de toute concurrence du fait d'une situation quasi-monopolistique des organismes non lucratifs autorisés.

Dès lors, ces activités sont considérées en principe comme étant non concurrentielles. En conséquence, elles ne sont pas soumises aux impôts commerciaux.

FICHE TECHNIQUE N° 3**CENTRES DE SANTE**

Les centres de santé (centres de santé infirmiers, centres de santé médicaux, centres de santé dentaires) sont soumis à une déclaration auprès de l'agence régionale de santé (ARS) et leurs modalités de fonctionnement sont précisées par décret ainsi que par l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et par les articles L. 162-32 et suivants du code de la sécurité sociale.

Leur activité consiste en la fourniture de soins sans hébergement, d'actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé ainsi que d'actions sociales.

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n°s 12 et 13 de la présente instruction.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Les centres de santé peuvent être créés et gérés par des organismes à but non lucratif, par des collectivités territoriales et par des établissements de santé. Les centres de santé seront considérés comme exerçant une activité concurrentielle avec le secteur libéral dès lors que les membres de professions libérales du secteur de la santé sont installés dans un rayon significatif de kilomètres.

La notion de « rayon significatif de kilomètres » doit s'apprécier en fonction des voies de communication existantes dans la zone géographique dans laquelle est implantée la mutuelle et qui permettent un parcours des distances plus ou moins rapide (présence d'autoroutes ou de voies de communications rapides, zone de montagne...).

ETAPE N° 3 : LA MUTUELLE EXERCE-T-ELLE SON ACTIVITÉ DANS DES CONDITIONS SIMILAIRES À CELLES D'UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Pour être considérée comme non lucrative, l'activité concurrentielle doit être exercée selon des modalités différentes de celles des organismes du secteur lucratif. Afin de vérifier la réalisation de cette condition, il conviendra d'analyser les critères suivants, classés en fonction de l'importance décroissante qu'il convient de leur accorder.

Produit

Pour être considérées comme distinctes du produit couramment offert par le secteur privé, les prestations des centres de santé mutualistes doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- l'activité pratiquée par des équipes de professionnels salariés, conformément à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge globale des patients prenant en compte le temps de l'évaluation (dossier de soins) de la prestation, de l'accompagnement, du suivi et de la coordination pluridisciplinaire en interne et en externe.

Les centres de santé mutualistes sont adhérents à l'Accord National organisant les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie qui précise dans son préambule qu'ils participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales et qui met en exergue leur action en faveur d'une prise en charge globale de la santé des personnes (action concertée, suivi et participation à la permanence et la continuité des soins). Par ailleurs cet accord met en place un dispositif spécifique de coordination des soins ;

- le produit doit comprendre outre les simples soins, un volet prévention (éducation sanitaire et action sociale) ;

- les centres de santé sont inscrits dans une démarche qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS). Le référentiel qualité de la HAS, exigeant, influe sur la qualité des services et produits des centres de santé, notamment au travers du projet du centre, des protocoles d'hygiène et de stérilisation, de la traçabilité des produits et des procédures ;

- les centres de santé ont l'obligation, conformément à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, de pratiquer le tiers payant à l'égard de tous les assurés sociaux.

Lorsque la mutuelle respecte l'intégralité de ces critères, et que le professionnel ou l'organisme du secteur lucratif auquel elle est comparée au sein de la zone géographique ne le fait pas, il est admis que le « produit » de la mutuelle satisfait un besoin qui n'est pas pris en compte par le marché de façon satisfaisante.

Public

Les centres de santé ont vocation à s'adresser à toute personne assurée sociale ou non.

La pratique du tiers payant permet d'accueillir un plus large public et notamment de s'ouvrir à un public défavorisé en permettant à tous les assurés sociaux de limiter leur avance de frais. Plus globalement un accompagnement social est proposé aux patients. En tout état de cause, le centre de santé doit favoriser l'accessibilité aux soins pour toute situation difficile ainsi que pour toutes celles qui nécessitent l'accompagnement d'une équipe.

Un public composé d'au moins un tiers de personnes fragiles ou en difficulté, telles que les personnes âgées dépendantes, les personnes en situation de handicap, les personnes en affection longue durée (ALD), les personnes bénéficiaires de la CMU, ou le fait que les personnes accueillies résident dans des quartiers difficiles (zone urbaine sensible, zone franche urbaine, zone de redynamisation urbaine) ou dans des zones notamment rurales dans lesquelles l'offre de soins en secteur I, notamment pour l'activité médicale, est insuffisante pour satisfaire aux besoins des personnes les moins mobiles, constituent des indices permettant de considérer que le critère public est rempli.

Prix

Le prix des prestations est par définition identique au secteur libéral puisque leur paiement est subordonné au tarif homologué par le ministère en charge de la santé et imposé par la nomenclature de la sécurité sociale gérée par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Lorsque le tarif n'est ni homologué ni imposé, il doit rester sensiblement inférieur à celui constaté dans le secteur libéral.

Publicité

La publicité est interdite dans les professions de santé.

FICHE TECHNIQUE N° 4

LES ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL POUR PERSONNES ÂGÉES (EPA)

La présente fiche concerne notamment les établissements suivants :

- les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : ils offrent à la personne âgée dépendante une prise en charge globale. Ces établissements sont médicalisés. A ce titre, les soins dispensés aux résidents sont pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'un forfait soins.

Les EHPAD constituent la nouvelle appellation des hospices, maisons de retraite, unités de soins de longue durée, maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD).

- les logements-foyers : ils offrent à la personne âgée un logement en contrepartie d'un loyer et des services facultatifs (restauration, blanchisserie, aide à la vie...) ; ils peuvent être partiellement médicalisés et recevoir à ce titre de l'assurance maladie un forfait de soins courants ;

- les petites unités de vie (PUV) ou petites structures de proximité : petites structures d'accueil qui peuvent être médicalisées ou non et qui ne dépassent pas 25 places ;

ex : les domiciles collectifs : logements regroupés, maisons d'accueil rurales de personnes âgées (MARPA), ces établissements accueillent un faible nombre de personnes dans le milieu de vie habituel des résidents (quartier, commune, village) ;

- les unités d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ;

- les unités de soins de longue durée (USLD) qui prennent en charge des personnes ayant perdu leur autonomie et nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ;

Ces établissements, dont la dénomination évolue dans le temps, sont des institutions sociales ou médico-sociales au sens de l'article L. 312-1, 6° du code de l'action sociale et des familles.

La création et l'extension d'un établissement accueillant des personnes âgées doit faire impérativement l'objet d'une autorisation conformément à la procédure prévue à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

La tarification de ces établissements est fixée par la ou les autorités ayant délivré l'autorisation.

Lorsqu'il y a une habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, leurs modalités de fonctionnement, la tarification... sont fixées par les autorités de tarification et le contrôle par celles-ci est défini par voie réglementaire.

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n°s 12 et 13 de la présente instruction.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Les établissements suivants ne sont pas, sauf situation exceptionnelle, en concurrence avec des organismes lucratifs et sont donc considérés comme non lucratifs :

- les petites unités de vie (PUV) ou structures de proximité qui, quelle que soit leur dénomination (cf. ci-dessus), sont implantées soit dans des zones rurales, soit dans des quartiers urbains qui n'attirent aucune structure lucrative en raison de la nature de la population accueillie (population peu fortunée) et du faible nombre de personnes accueillies par structure (25 au maximum) ;

- les logements-foyers, qui ont été créés dans le cadre de la politique d'amélioration de l'habitat et de réinsertion des retraités, développée dans les années 1970 à l'initiative du ministre de l'urbanisme et du logement. Ces structures sont principalement gérées par des collectivités locales, des organismes sociaux ou des organismes sans but lucratif et par ailleurs le secteur lucratif n'en a jamais créé ;

- certains établissements accueillant majoritairement des publics très spécifiques : personnes handicapées âgées (notamment les déficients visuels), membres de congrégations, prêtres âgés... Leur zone d'activité peut être large (départementale, régionale voire nationale) selon les spécificités du public accueilli ;

- les unités d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

En revanche, les autres établissements seront considérés comme concurrentiels sauf s'il n'existe aucun organisme lucratif intervenant dans le même domaine d'activité dans un rayon significatif de kilomètres autour de l'établissement.

La notion de « rayon significatif de kilomètres » doit s'apprécier en fonction des voies de communication existantes dans la zone géographique dans laquelle est implantée la mutuelle et qui permettent un parcours des distances plus ou moins rapide (présence d'autoroutes ou de voies de communications rapides, zone de montagne...).

En l'absence d'organisme lucratif concurrent (société commerciale ou organisme privé ou public fiscalisé en raison de sa lucrativité) et sous réserve du caractère désintéressé de sa gestion, l'établissement sera considéré comme non lucratif.

ETAPE N° 3 : LA MUTUELLE EXERCE-T-ELLE SON ACTIVITÉ DANS DES CONDITIONS SIMILAIRES À CELLES D'UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Pour être considérées comme non lucratives, les activités concurrentielles doivent être exercées selon des modalités différentes de celles des entreprises du secteur lucratif. Afin de vérifier la réalisation de cette condition, il conviendra d'analyser les critères suivants, classés en fonction de l'importance décroissante qu'il convient de leur accorder.

Produit

La prestation offerte aux personnes âgées accueillies comprend l'hébergement en chambre, un service de restauration, la présence permanente d'un personnel spécialisé, les soins, une aide à la vie quotidienne assurée par des agents de service et l'entretien des effets personnels.

Les établissements non lucratifs proposent une prise en charge globale spécialisée dans les soins destinés aux personnes âgées qu'ils accueillent et tarifiée en vertu des dispositions des articles L. 313-12, L. 314-2 et D. 313-16 et suivants du code de l'action sociale et des familles. Celle-ci permet une coordination des soins apportés à l'usager et financés par un forfait journalier de soins.

Lorsque la mutuelle respecte ce critère et que l'organisme du secteur lucratif auquel elle est comparée au sein de la zone géographique ne le fait pas, il est admis que le « produit » de la mutuelle satisfait un besoin qui n'est pas pris en compte par le marché de façon satisfaisante.

A défaut, l'existence d'un accompagnement social des personnes qui se traduit notamment par une animation effectuée par des bénévoles, des associations proches (quartiers, familles, autres personnes âgées, écoles...) ou des collectivités et qui ne donne lieu à aucune facturation aux résidents, si ce n'est une éventuelle participation symbolique aux frais engagés (sortie, spectacles extérieurs...), sera un élément d'appréciation positive.

Par ailleurs, l'octroi de certains types de financement (Ex : prêt locatif social) peuvent constituer des indices de non lucrativité car l'établissement bénéficiaire doit notamment s'engager à accueillir certaines catégories de public et à plafonner les tarifs d'hébergement en lien avec les plafonds du logement social.

Public

Il convient de vérifier si l'établissement accueille des publics spécifiques qui ont faiblement accès aux organismes lucratifs concurrents, notamment selon les critères qui suivent.

Ainsi, la présence de bénéficiaires de l'aide sociale ou de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (NB : l'Allocation personnalisée d'autonomie en établissement finance le budget dépendance), lorsque de telles personnes ne sont pas accueillies par les organismes concurrents, constituera un indice de non-lucrativité. Si sur une période donnée, l'établissement accueille peu de bénéficiaires de ces catégories, ce critère ne peut être considéré en soi comme un élément de lucrativité.

La présence de publics spécifiques (même minoritaires dès lors que ces personnes n'ont pas accès aux organismes lucratifs concurrents) ou l'accueil d'un public majoritairement issu des franges les plus modestes de la population constituent également des indices de non-lucrativité.

Prix

La comparaison du prix proposé par la mutuelle et par l'organisme du secteur lucratif auquel elle est comparée doit se faire à un niveau d'analyse détaillé et l'existence d'un prix identique ou d'une moyenne de prix identiques ou voisins pour des pratiques similaires ne constitue qu'un indice de lucrativité. En effet, il apparaît par exemple que :

- dans le secteur mutualiste, il n'y a pas en principe de supplément de prix facturés aux résidents en fonction de services particuliers ; le tarif hébergement est un prix « tout compris » pour les prestations correspondantes (hébergement, pension complète, frais de blanchissage du linge, animation) entrant dans l'objet de l'établissement ;

- dans le cas des établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les conditions d'affectation du résultat dégagé par l'établissement font l'objet d'un contrôle de l'autorité de tarification et influent sur la fixation des prix applicables. Pour ces organismes, le critère de prix est considéré comme rempli.

Publicité

De façon générale, tant que la mutuelle se borne à réaliser des opérations d'information sur ses prestations, il est admis que cette information ne constitue pas un indice de lucrativité fiscale. Bien entendu, la mutuelle ne doit pas se livrer à des campagnes de publicité à destination d'un public indifférencié.

FICHE TECHNIQUE N° 5

ETABLISSEMENTS DE SANTE A BUT NON LUCRATIF GERES PAR DES MUTUELLES

Les établissements de santé à but non lucratif dispensent (avec ou sans hébergement) des soins de courte durée (de médecine, chirurgie ou obstétrique), des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance continue et des soins de longue durée au bénéfice de personnes ayant perdu leur autonomie de vie.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a créé un nouveau statut d'établissement de santé : les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Ce statut est légalement réservé aux établissements gérés par un organisme sans but lucratif (article L. 6161-5 du code de la santé publique).

Ces établissements sont tenus aux mêmes obligations que les établissements de santé publics : l'égal accès à des soins de qualité, la permanence de l'accueil et de la prise en charge ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, la prise en charge des patients aux tarifs opposables pour l'ensemble de leurs activités.

Ils peuvent en outre être chargés de réaliser des missions de service public identiques à celles des établissements de santé publics. Ces missions de service public sont celles prévues à l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique (la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement universitaire et post-universitaire, l'aide médicale d'urgence ...).

Ces activités sont exercées dans le cadre quasi-exclusif d'une médecine salariée.

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n°s 12 et 13 de la présente instruction.

En particulier les dirigeants de la mutuelle ne doivent avoir aucun intérêt direct ou indirect dans les résultats de l'exploitation. Notamment, l'établissement ne doit pas leur permettre l'utilisation de son infrastructure à des fins privatives.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

L'appréciation de la concurrence doit se faire à un niveau fin à la fois en fonction de l'implantation géographique des établissements de santé et des spécialités offertes par eux.

Les établissements psychiatriques assurent leurs missions dans le cadre de la sectorisation psychiatrique. L'article L. 3221-1 du code de la santé publique précise que « les établissements de santé autorisés en psychiatrie exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-16 (...) » du code de la santé publique. Ils sont donc, en principe, non concurrentiels.

Il en est de même d'autres établissements de santé très spécialisés qui sont en général les seuls au sein du secteur sanitaire, voire de la région, à exercer leurs spécialités. C'est le plus souvent le cas des établissements de rééducation et de réadaptation fonctionnelle qui exercent les spécialités suivantes : rééducation neurologique, rééducation des affections respiratoires (pneumologie), rééducation des maladies cardio-vasculaires, rééducation des affections hépato-digestives, rééducation des traumatisés crâniens, éveil de coma.

En revanche, d'autres établissements offrent des soins couramment proposés par des organismes du secteur lucratif et notamment en chirurgie, obstétrique, soins de suite et établissements de convalescence. Ces organismes seront considérés comme étant en situation de concurrence sauf s'il n'existe aucun organisme lucratif intervenant dans le même domaine d'activité dans un rayon significatif de kilomètres autour de l'établissement.

La notion de « rayon significatif de kilomètres » doit s'apprécier en fonction des voies de communication existantes dans la zone géographique dans laquelle est implantée la mutuelle et qui permettent un parcours des distances plus ou moins rapide (présence d'autoroutes ou de voies de communications rapides, zone de montagne...).

En l'absence d'organisme lucratif concurrent (société commerciale, organisme privé ou organisme public fiscalisé en raison de sa lucrativité) et sous réserve du caractère désintéressé de sa gestion, l'établissement sera considéré comme non lucratif.

ETAPE N° 3 : LA MUTUELLE EXERCE-T-ELLE SON ACTIVITÉ DANS DES CONDITIONS SIMILAIRES À CELLES D'UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Pour être considérées comme non lucratives, les activités concurrentielles doivent être exercées selon des modalités différentes de celles des entreprises du secteur lucratif. Afin de vérifier la réalisation de cette condition, il conviendra d'analyser les critères suivants, classés en fonction de l'importance décroissante qu'il convient de leur accorder.

Produit

Les établissements de santé privés d'intérêt collectif sont soumis aux mêmes obligations que les établissements de santé publics à savoir :

- l'égal accès à des soins de qualité,
- la permanence de l'accueil et de la prise en charge ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution,
- l'application des tarifs opposables pour l'ensemble de leur activité.

Les établissements de santé privés d'intérêt collectif peuvent être habilités à participer à des missions de service public identiques à celles des établissements de santé publics. Les activités qui en découlent sont assimilables à une gestion de service public, ce qui leur confère un caractère non lucratif.

Ainsi, constituent des critères de non-lucrativité pour ces établissements :

- l'exercice de missions de service public prévues à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique ou dont la compensation financière est négociée avec l'Agence régionale de santé dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- un fonctionnement conforme au statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif pour les mutuelles qui l'ont acquis, dès lors que les organismes lucratifs concurrents ne proposent pas de prestations équivalentes.

Pour les mutuelles qui gèrent des établissements n'ayant pas le statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif, l'existence d'actions d'accompagnement social et associatif autour des patients et de leur famille sera prise en compte pour l'appréciation du critère relatif au produit.

Enfin, l'établissement de santé doit privilégier le recours à des médecins salariés. Lorsque des interventions ponctuelles de médecins libéraux sont sollicitées, notamment dans des disciplines ne relevant pas principalement de la spécialisation de l'établissement, ces interventions doivent être rémunérées sur les fonds de l'établissement.

Public

L'habilitation à recevoir des malades relevant de l'aide sociale ne peut constituer un indice de différenciation que si l'établissement accueille effectivement de telles personnes en nombre significatif.

Par ailleurs, la présence de publics défavorisés, lorsque ces personnes ne sont pas accueillies par des organismes lucratifs concurrents, constitue un indice de non-lucrativité.

Prix

Les établissements de santé à but non lucratif sous compétence tarifaire de l'Etat ne disposent d'aucune liberté pour la fixation de leurs tarifs. Les pouvoirs publics exercent un strict contrôle sur leur fonctionnement financier. Leurs tarifs sont fixés dans des conditions analogues à celles des hôpitaux publics par l'Agence Régionale de Santé et en fonction de leur activité. Pour ces organismes, le critère prix est considéré comme rempli.

Publicité

Au plan de la publicité, tant que la mutuelle se borne à réaliser des opérations d'information sur ses prestations, il est admis que cette information ne constitue pas un indice de lucrativité. Bien entendu, la mutuelle ne doit pas se livrer à des campagnes de publicité.

Nota : Les activités accessoires rémunérées, autres que les prestations de soins et d'hébergement des malades, développées par des établissements de santé (téléphone, location de téléviseurs, blanchisserie...) constituent des activités lucratives qui peuvent être sectorisées.

FICHE TECHNIQUE N° 6

ETABLISSEMENTS DE SANTE A BUT NON LUCRATIF GERES PAR DES MUTUELLES – PERIODE TRANSITOIRE

Conformément à l'article 1^{er} de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 (HPST), les établissements de santé admis à participer au service public hospitalier à la date de publication de la loi deviennent, sauf opposition expresse de leur part, des ESPIC¹⁰. Ils peuvent continuer d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou au plus tard jusqu'à la date de convergence tarifaire mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Ainsi, jusqu'à cette date, actuellement fixée au 1^{er} janvier 2018, ils conservent les mêmes missions et obligations de service public, antérieurement attribuées aux établissements publics de santé, les mêmes modalités de fonctionnement et les mêmes règles de financement.

Leurs missions sont exercées dans le cadre quasi-exclusif d'une médecine salariée.

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n°s 12 et 13 de la présente instruction.

En particulier les dirigeants de la mutuelle ne doivent avoir aucun intérêt direct ou indirect dans les résultats de l'exploitation. Notamment, l'établissement ne doit pas leur permettre l'utilisation de son infrastructure à des fins privatives.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

L'appréciation de la concurrence doit se faire à un niveau fin à la fois en fonction de l'implantation géographique des établissements de santé et des spécialités offertes par eux.

Les établissements psychiatriques assurent leurs missions dans le cadre de la sectorisation psychiatrique. L'article L. 3221-1 du code de la santé publique précise que « les établissements de santé autorisés en psychiatrie exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-16 (...) » du code de la santé publique. Ils sont donc, en principe, non concurrentiels.

Il en est de même d'autres établissements de santé très spécialisés qui sont en général les seuls au sein du secteur sanitaire, voire de la région, à exercer leurs spécialités. C'est le plus souvent le cas des établissements de rééducation et de réadaptation fonctionnelle qui exercent les spécialités suivantes : rééducation neurologique, rééducation des affections respiratoires (pneumologie), rééducation des maladies cardio-vasculaires, rééducation des affections hépato-digestives, rééducation des traumatisés crâniens, éveil de coma.

En revanche, d'autres établissements offrent des soins couramment proposés par des organismes du secteur lucratif et notamment en chirurgie, obstétrique, soins de suite et établissements de convalescence. Ces organismes seront considérés comme étant en situation de concurrence sauf s'il n'existe aucun organisme lucratif intervenant dans le même domaine d'activité dans un rayon significatif de kilomètres autour de l'établissement.

La notion de « rayon significatif de kilomètres » doit s'apprécier en fonction des voies de communication existantes dans la zone géographique dans laquelle est implantée la mutuelle et qui permettent un parcours des distances plus ou moins rapide (présence d'autoroutes ou de voies de communications rapides, zone de montagne...).

En l'absence d'organisme lucratif concurrent (société commerciale, organisme privé ou public fiscalisé en raison de sa lucrativité) et sous réserve du caractère désintéressé de sa gestion, l'établissement sera considéré comme non lucratif.

ETAPE N° 3 : LA MUTUELLE EXERCE-T-ELLE SON ACTIVITÉ DANS DES CONDITIONS SIMILAIRES À CELLES D'UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Pour être considérées comme non lucratives, les activités concurrentielles doivent être exercées selon des modalités différentes de celles des entreprises du secteur lucratif. Afin de vérifier la réalisation de cette condition, il conviendra d'analyser les critères suivants, classés en fonction de l'importance décroissante qu'il convient de leur accorder.

¹⁰ établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Produit

Les établissements de santé privés admis à participer au service public hospitalier à la date de publication de la loi HPST précitée sont à ce titre délégataires d'une mission de service public.

Lorsque l'établissement de santé géré par la mutuelle participe au service public hospitalier, il est admis que le « produit » de la mutuelle est différent de celui proposé par des organismes lucratifs. L'organisme sera donc considéré comme non lucratif.

L'établissement de santé doit privilégier le recours à des médecins salariés. Lorsque des interventions ponctuelles de médecins libéraux sont sollicitées, notamment dans des disciplines ne relevant pas principalement de la spécialisation de l'établissement, ces interventions doivent être rémunérées sur les fonds de l'établissement.

Public

L'habilitation à recevoir des malades relevant de l'aide sociale ne peut constituer un indice de différenciation que si l'établissement accueille effectivement de telles personnes en nombre significatif.

Par ailleurs, la présence de publics défavorisés, lorsque ces personnes ne sont pas accueillies par des organismes lucratifs concurrents, constitue un indice de non-lucrativité.

Prix

Les établissements de santé à but non lucratif sous compétence tarifaire de l'Etat (participant au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale) ne disposent d'aucune liberté pour la fixation de leurs tarifs. Les pouvoirs publics exercent un strict contrôle sur leur fonctionnement financier. Leurs tarifs sont fixés dans des conditions analogues à celles des hôpitaux publics par l'agence régionale de santé en fonction de leur activité. Pour ces organismes, le critère prix est considéré comme rempli.

Publicité

Au plan de la publicité, tant que la mutuelle se borne à réaliser des opérations d'information sur ses prestations, il est admis que cette information ne constitue pas un indice de lucrativité fiscale. Bien entendu, la mutuelle ne doit pas se livrer à des campagnes de publicité.

Nota : Les activités accessoires rémunérées, autres que les prestations de soins et d'hébergement des malades, développées par des établissements de santé (téléphone, location de téléviseurs, blanchisserie...) constituent des activités lucratives qui peuvent être sectorisées.

FICHE TECHNIQUE N° 7

FOYERS D'ACCUEIL POUR FAMILLES D'HOSPITALISÉS

Les foyers d'accueil pour familles d'hospitalisés accueillent les familles de malades hospitalisés et loin de leur domicile.

Ces organismes sont reconnus par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui a accepté de participer à leur financement depuis 1976 dans le cadre de conventions.

Le conventionnement de nouvelles créations fait l'objet d'une étude préalable des besoins, notamment avec les hôpitaux à desservir, et en particulier d'une analyse du taux d'occupation des maisons existantes sur un territoire donné.

Les moyens de fonctionnement (effectifs, structures, prestations, règlement intérieur) sont strictement contingentés, prévus par convention et déterminés par la fixation d'un tarif de référence par la CNAMTS.

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n°s 12 et 13 de la présente instruction.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Les foyers d'accueil sont en concurrence avec les structures privées d'hébergement notamment hôtelières.

ETAPE N° 3 : LA MUTUELLE EXERCE-T-ELLE SON ACTIVITÉ DANS DES CONDITIONS SIMILAIRES À CELLES D'UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Pour être considérée comme non lucrative, l'activité concurrentielle doit être exercée selon des modalités différentes de celles des organismes du secteur lucratif. Afin de vérifier la réalisation de cette condition, il conviendra d'analyser les critères suivants, classés en fonction de l'importance décroissante qu'il convient de leur accorder.

Produit

Pour que le produit soit considéré comme non lucratif, le foyer doit proposer, outre la prestation d'hébergement, un accueil personnalisé et un accompagnement assuré par des équipes de salariés.

Public

Le public doit être composé uniquement de personnes accompagnant des malades ou de malades ne nécessitant ni soins, ni surveillance de la part de l'établissement.

Prix

La participation demandée aux familles pour leur séjour doit être adaptée à leurs ressources.

En tout état de cause, si la mutuelle respecte le barème des 4 tarifs défini par la CNAMTS en fonction des revenus et de la composition de la famille, le critère « prix » sera considéré comme rempli.

Publicité

La mutuelle doit s'abstenir de toute publicité et se borner à une simple information sur ses activités.

FICHE TECHNIQUE N° 8

LES ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les établissements qui accueillent des personnes en situation de handicap sont très variés. Ainsi l'accueil peut comporter ou non un hébergement, il peut s'accompagner ou non de soins médicaux, ou il peut s'adresser à une tranche d'âge particulière. Sont notamment concernés les établissements cités ci-dessous sans que cette liste puisse être considérée comme exhaustive :

• ESAT (Etablissement et service d'aide par le travail)

Article L. 312-I, 5° a du code de l'action sociale et des familles

Ils offrent aux travailleurs handicapés :

- ° la possibilité d'exercer une activité professionnelle productive et d'être rémunérés ;
- ° un soutien médico-social.

Cette activité n'est pas rentable en elle-même pour la structure compte tenu des charges particulières liées à l'emploi de travailleurs handicapés. En réalité, le service rendu par les ESAT est un service au profit des salariés handicapés employés et non au profit des clients des ESAT.

Le budget global de la structure de soutien relève de l'assurance maladie (agence régionale de santé¹¹).

• Foyer d'hébergement

Article L. 312-I, 7° du code de l'action sociale et des familles

Il est un lieu de vie qui accueille les travailleurs de l'ESAT ne disposant pas d'une autonomie suffisante pour gérer leur existence dans un milieu social ordinaire.

L'équipe éducative, dans une relation d'aide et d'accompagnement, s'attache à développer les capacités des résidents autour de l'organisation de leur vie quotidienne.

Lorsque les conditions requises pour un retour à la vie ordinaire sont remplies, celle-ci doit être envisagée pour le résident concerné (travail et logement).

Le « prix de journée » est décidé par le conseil général, chaque département d'origine assurant ensuite le financement.

• Foyer de vie

Article L. 312-I, 7° du code de l'action sociale et des familles

Il reçoit des résidents ne nécessitant pas de soins constants mais néanmoins inaptes au travail en ESAT.

Le « prix de journée » est décidé par le conseil général, chaque département d'origine assurant ensuite le financement.

• IME (Institut médico-éducatif)

Article L. 312-I, 1° du code de l'action sociale et des familles

Il accueille en internat et semi-internat :

- des enfants et des adolescents présentant des déficiences intellectuelles sévères ;
- des enfants et des adolescents polyhandicapés.

Les résidents, âgés de 3 à 20 ans sont orientés dans cette structure par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée).

Des résidents de plus de 20 ans continuent à être pris en charge par l'IME en attendant une place en structure pour adultes. Ces jeunes bénéficient de l'application de l'amendement Creton qui permet le maintien des plus de 20 ans dans ce type de structure dans l'attente d'une disponibilité de maison d'accueil spécialisée (MAS).

Le budget annuel relève de l'assurance maladie (ARS).

Les recettes sont versées mensuellement dans le cadre d'une dotation globale annuelle.

¹¹ ARS.

Les centres médico-éducatifs pour enfants polyhandicapés fonctionnent sur le même principe mais ne proposent pas d'enseignement de culture générale ou technique.

- **ITEP (Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques)**

Article L. 312-I, 2° du code de l'action sociale et des familles

Ils accueillent des jeunes dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou quasi-normales, la mise en œuvre de moyens éducatifs spécialisés.

Le budget relève de l'assurance maladie (prix de journée).

- **SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile)**

Article L. 312-I, 2° du code de l'action sociale et des familles

Ils assurent un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie aux moins de 20 ans, en liaison avec les familles.

- **MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)**

Article L. 312-I, 7° du code de l'action sociale et des familles

Elles accueillent des adultes manquant d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance et des soins constants.

L'orientation dans ces structures comme dans toutes celles recevant des adultes est prononcée par la CDAPH.

Le budget dépend de l'assurance maladie (ARS).

Le mieux être des résidents est la mission de l'équipe pluridisciplinaire qui élabore des projets individualisés en fonction d'objectifs éducatifs et thérapeutiques.

- **FAM (foyers d'accueil médicalisés)**

Article L. 312-I, 7° du code de l'action sociale et des familles

Ils accueillent des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement, dont la dépendance :

- les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel,
- et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants,
- ou qui, en dehors du besoin de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels, ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constante, ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier.

Les FAM sont financés de manière forfaitaire par l'assurance maladie pour l'ensemble des dépenses afférentes aux soins, aux personnels médicaux et paramédicaux, et par l'aide sociale départementale (conseil général) pour l'hébergement et l'animation.

- **Etablissements d'activité de jour**

Article L. 312-I, 7° du code de l'action sociale et des familles

Accueil de jour de personnes lourdement handicapées afin d'assurer une prestation éducative et occupationnelle.

Ces structures fonctionnent selon le principe d'un prix de journée arrêté par le président du conseil général.

- **Service Accompagnement Vie Sociale – SAVS**

Article L. 312-I, 7° du code de l'action sociale et des familles

Service ayant pour but d'aider les handicapés les plus autonomes, vivant en logement individuel ou appartement collectif, à acquérir une plus grande autonomie dans le logement et le travail.

- **SAMSAH - Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés**

Article L. 312-I, 7° du code de l'action sociale et des familles

Service assurant les prestations d'un SAVS et qui dispense des soins médicaux.

• **Services d'auxiliaires de vie**

Article L. 312-I, 7° du code de l'action sociale et des familles

Accompagnement au domicile des personnes en situation de handicap pour les tâches de la vie quotidienne (ménage, aide au repas...).

Le financement relève de l'assurance maladie.

• **Centres de vacances ou de séjours adaptés**

Ils organisent des séjours pendant les vacances scolaires d'été, et permettent l'accueil d'enfants de plus de 5 ans, d'adolescents ou d'adultes qui sont en situation de handicap.

La participation des familles est calculée en fonction du quotient familial, et dans tous les cas largement inférieure au coût économique réel.

Ces établissements (hors centres de vacances et de séjours adaptés), dont la dénomination évolue dans le temps, sont des institutions sociales ou médico-sociales au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles :

➤ la création et l'extension d'un établissement accueillant des personnes en situation d'handicap doit faire impérativement l'objet d'une autorisation conformément à la procédure de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

➤ la tarification de ces établissements est fixée par une convention pluriannuelle qu'ils signent avec le président du conseil général, le directeur général de l'ARS et la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS).

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n°s 12 et 13 de la présente instruction.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Les établissements précités ne sont pas en concurrence avec des organismes lucratifs.

Les entreprises du secteur lucratif ne proposent pas actuellement de services concurrents compte tenu des charges inhérentes à l'accueil de personnes en situation de handicap et notamment de la nécessité d'un encadrement lourd alors que les tarifs ne sont pas libres mais déterminés par une autorité publique (ARS ou conseil général). En outre, l'offre publique ne satisfait pas ou satisfait mal les besoins de la population.

Cf. en ce sens l'instruction 4H-5-06 n°s 79 à 82 s'agissant des établissements et services d'aide par le travail.

En l'absence de concurrence dans ce secteur, les mutuelles gérant de tels établissements sont considérées comme non lucratives.

FICHE TECHNIQUE N° 9

SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE (SSIAD OU SSIDPA)

Les services de soins à domicile assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de plus de 60 ans, ou aux personnes de moins de 60 ans si elles sont atteintes d'un handicap, d'une affection ou d'une pathologie chronique particulière, les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ainsi qu'éventuellement d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux. Ils sont régis par les articles L. 312-1 (6° et 7°) et s., D.312-1 et s., R.314-137 et s. du code de l'action sociale et des familles.

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n°s 12 et 13 de la présente instruction.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Les services de soins à domicile sont créés sur autorisation conformément aux dispositions prévues à l'article L.313-1-1 du code de l'action sociale et des familles. Les services de soins à domicile ont donc l'exclusivité des prestations qu'ils offrent sur l'aire géographique au titre de laquelle ils reçoivent une autorisation.

Par ailleurs, les services de soins à domicile ne peuvent être considérés comme concurrençant les infirmiers du secteur libéral dont ils utilisent par ailleurs les services par le biais de conventions. En effet, les services de soins à domicile offrent une prestation complète de soins infirmiers et paramédicaux prodigués par des infirmiers, aides-soignants et autres auxiliaires médicaux (pédicures par exemple) et qui comprend également la fourniture du petit matériel nécessaire aux soins. Cette prestation est prise en charge directement par les organismes sociaux, les services de soins à domicile étant rémunérés par un forfait global fixé par les organismes de sécurité sociale et payé directement aux mutuelles.

Ce service complet, qui n'est pas offert par des intervenants du secteur libéral, est donc non concurrentiel.

Sous réserve de la condition de gestion désintéressée, les activités de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées, handicapées ou atteintes d'une maladie chronique, exercées dans ces conditions par les mutuelles, sont considérées comme non lucratives.

FICHE TECHNIQUE N° 10

PHARMACIES MUTUALISTES

L'activité consiste à gérer une officine de pharmacie.

Toute ouverture ou acquisition par un organisme mutualiste d'une pharmacie est subordonnée à une décision du ministre chargé de la santé qui, après avis du conseil supérieur de la pharmacie et du conseil supérieur de la mutualité, autorise, le cas échéant, le directeur général de l'agence régionale de santé à délivrer la licence et peut imposer des conditions particulières de fonctionnement¹².

Les conditions d'exercice des pharmacies mutualistes se distinguent de celles des autres pharmacies sur de nombreux points, notamment :

- autorisation relevant du ministre en charge de la santé alors que, pour les autres pharmacies, celle-ci est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du représentant de l'Etat dans le département¹³.

- absence de personnalité morale distincte de celle de l'organisme mutualiste gestionnaire¹⁴ ;

- exclusion du « numerus clausus »¹⁵ ;

- exclusion du système de garde et d'urgences¹⁶.

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n°s 12 et 13 de la présente instruction.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Les activités des pharmacies mutualistes interviennent en principe en concurrence avec les pharmacies libérales. Une mutuelle sera en situation de concurrence s'il existe un ou plusieurs organismes du secteur lucratif dans un rayon significatif de kilomètres.

La notion de « rayon significatif de kilomètres » doit s'apprécier en fonction des voies de communication existantes dans la zone géographique dans laquelle est implantée la mutuelle et qui permettent un parcours des distances plus ou moins rapide (présence d'autoroutes ou de voies de communications rapides, zone de montagne...).

ETAPE N° 3 : LA MUTUELLE EXERCE-T-ELLE SON ACTIVITÉ DANS DES CONDITIONS SIMILAIRES À CELLES D'UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Pour être considérée comme non lucrative, l'activité concurrentielle doit être exercée selon des modalités différentes de celles des organismes du secteur lucratif. Afin de vérifier la réalisation de cette condition, il conviendra d'analyser les critères suivants, classés en fonction de l'importance décroissante qu'il convient de leur accorder.

Produit

En principe, les pharmacies mutualistes proposent les mêmes produits que les pharmacies du secteur libéral.

Cependant, les pharmacies mutualistes du fait de l'interdiction de vente de certains produits qui leur était faite jusqu'en 2001 (vétérinaires, phytopharmacie, drogues à usage non thérapeutique, produits de désinsectisation ou de dératisation, parfumerie...) ont en principe, en comparaison des pharmacies libérales, une activité plus orientée vers la vente de médicaments et notamment de médicaments ordonnancés.

Les pharmacies mutualistes intègrent également en principe dans leur offre de service une activité de prévention notamment par l'organisation de journées de sensibilisation et de dépistage au sein des officines ou l'intervention de diététiciennes, etc. Ces activités ne sont généralement pas proposées par les pharmacies libérales.

¹² Article L. 5125-19 du code de la santé publique.

¹³ Article L. 5125-4 du code de la santé publique.

¹⁴ Dérogation prévue (article L. 5125-19 précité) à la règle selon laquelle le pharmacien doit être propriétaire de l'officine dont il est titulaire (article L. 5125-17 du même code).

¹⁵ Dérogation prévue à l'article L. 5125-19 précité aux principes énoncés aux articles L. 5125-11 et L. 5125-14 du même code.

¹⁶ Article L. 5125-22 du code de la santé publique.

Toutefois, les différences entre le produit proposé par une pharmacie mutualiste et celui proposé par une pharmacie du secteur lucratif ne sont pas significatives a priori. Ainsi à titre d'exemple, certaines pharmacies mutualistes proposent également des produits relevant de la parapharmacie (dermo-cosmétique, hygiène, produits diététiques et compléments alimentaires, produits pour bébés etc.) au même titre que celles relevant du secteur lucratif.

Il est donc considéré que dans la plupart des cas, le critère « produit » n'est pas rempli, sauf à démontrer l'existence d'un produit réellement différent de celui proposé par le secteur lucratif ce qui sera le cas si la pharmacie mutualiste respecte cumulativement les critères ci-dessus : ventes uniquement de médicaments notamment ordonnancés et actions de prévention.

Public

Le public visé par les pharmacies mutualistes doit être un public restreint et ciblé en fonction de sa situation économique ou sociale.

Les pharmacies mutualistes sont en principe légalement tenues de ne vendre leurs produits qu'aux adhérents mutualistes.

Lorsque les pharmacies mutualistes respectent les deux critères susmentionnés, le critère « public » est rempli.

Prix

Les pharmacies mutualistes proposent en principe des tarifs inférieurs d'environ 10 % par rapport aux prix du marché sur les produits libres.

Lorsqu'elle est effectivement constatée, cette différence permet de considérer le critère « prix » comme rempli.

Publicité

D'une façon générale, les pharmacies n'ont pas l'autorisation de faire de la publicité¹⁷.

Nota : En tout état de cause, en matière de TVA, les ventes de médicaments par les pharmacies mutualistes n'entrent pas dans le champ d'application des exonérations visées aux a et b du 1° du 7 de l'article 261, lorsqu'elles sont effectuées dans des lieux spécifiquement dédiés à ces opérations de vente.

¹⁷ Cf. Articles L 5122-6, L. 5125-25, L. 5125-31 et R. 5125-26 à R. 5125-29 du code de la santé publique.

FICHE TECHNIQUE N° 11**CENTRES D'OPTIQUE**

L'activité consiste à gérer des centres d'optique.

Les centres d'optique mutualistes doivent fonctionner conformément aux dispositions qui régissent la profession (article L. 4362-1 et suivants du code de la santé publique).

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n°s 12 et 13 de la présente instruction.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Divers intervenants du secteur lucratif interviennent à côté des opticiens mutualistes. Les centres d'optique mutualistes entrent donc en concurrence directe avec des organismes du secteur lucratif (voir en ce sens la jurisprudence constante du Conseil d'Etat¹⁸).

Une mutuelle sera en situation de concurrence s'il existe un ou plusieurs organismes du secteur lucratif dans un rayon significatif de kilomètres.

La notion de « rayon significatif de kilomètres » doit s'apprécier en fonction des voies de communication existantes dans la zone géographique dans laquelle est implantée la mutuelle et qui permettent un parcours des distances plus ou moins rapide (présence d'autoroutes ou de voies de communications rapides, zone de montagne...).

ETAPE N° 3 : LA MUTUELLE EXERCE-T-ELLE SON ACTIVITÉ DANS DES CONDITIONS SIMILAIRES À CELLES D'UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Pour être considérée comme non lucrative, l'activité concurrentielle doit être exercée selon des modalités différentes de celles des organismes du secteur lucratif. Afin de vérifier la réalisation de cette condition, il conviendra d'analyser les critères suivants, classés en fonction de l'importance décroissante qu'il convient de leur accorder.

Produit

En principe, les centres d'optique mutualistes proposent les mêmes produits que les centres d'optique relevant du secteur commercial.

Cependant, les centres d'optique mutualistes ont l'interdiction de vendre des produits sans rapport avec les articles d'optique médicale et de prothèse oculaire et leurs accessoires (par exemple, des jumelles, longues-vues, baromètres...).

Les centres d'optique mutualistes peuvent en outre proposer des services spécifiques au profit des adhérents mutualistes : tiers payant sur la partie relevant du régime obligatoire et la partie complémentaire, choix des verres et des montures dont le « reste à charge » est maîtrisé.

Cependant, les différences entre un produit proposé par un centre d'optique mutualiste et un produit proposé par un centre d'optique du secteur lucratif ne sont pas significatives a priori. Il est donc considéré que dans la plupart des cas, le critère « produit » n'est pas rempli, sauf à démontrer l'existence d'un produit réellement différent de celui proposé par le secteur lucratif.

Public

Les centres d'optique mutualistes ne s'adressent en principe à aucun public en particulier. Tous les publics, adhérents ou non, peuvent s'adresser à ces centres et peuvent acheter les produits proposés par ces derniers.

Dès lors, le public visé par les centres d'optique mutualistes n'est pas, en principe, différent de celui visé par les centres d'optique du secteur lucratif.

Si toutefois le centre est réservé exclusivement à un public mutualiste, cela ne constitue qu'un indice permettant de considérer que le public est effectivement distinct de celui d'une entreprise du secteur commercial.

¹⁸ CE, arrêt du 29 juillet 1998, n° 140448 ; CE, arrêt du 5 avril 2006, n° 256507.

Prix

Les tarifs sont librement fixés par l'organisme mutualiste et aucune distinction de prix n'est pratiquée entre un adhérent et un non-adhérent.

Toutefois, lorsque le centre est réservé à un public mutualiste, si une différence de prix sensiblement inférieure avec les prix relevés des opticiens libéraux est démontrée, le critère de prix est alors rempli.

Publicité

D'une façon générale, tant que le centre d'optique mutualiste se borne à réaliser des opérations d'information sur ses prestations, il est admis que cette information ne constitue pas un indice de lucrativité. Bien entendu, la mutuelle ne doit pas se livrer à des campagnes de publicité à destination d'un public indifférencié.

Dans la plupart des cas, les conditions d'activité d'un centre d'optique mutualistes ne sont pas différentes de celles d'une entreprise commerciale ; ces centres sont donc considérés, en principe, comme exerçant une activité lucrative.

Nota : En tout état de cause, en matière de TVA, les ventes de produits par les centres d'optique mutualistes n'entrent pas dans le champ d'application des exonérations visées aux a et b du 1° du 7 de l'article 261, lorsqu'elles sont effectuées dans des lieux spécifiquement dédiés à ces opérations de vente.

FICHE TECHNIQUE N° 12
CENTRES D'AUDIOPROTHÈSE

L'activité consiste à gérer des centres d'audioprothèse.

Les centres d'audioprothèse mutualistes doivent fonctionner conformément aux dispositions qui régissent la profession (articles L. 4361-1 et suivants du code de la santé publique).

ETAPE N° 1 : LA MUTUELLE DOIT ÊTRE GÉRÉE DE FAÇON DÉSINTÉRESSÉE :

Il n'existe aucun particularisme pour les mutuelles qui exercent cette activité. La gestion doit être désintéressée sous réserve de l'application des mesures de tolérance précisées aux n°s 12 et 13 de la présente instruction.

ETAPE N° 2 : LA MUTUELLE CONCURRENCE-T-ELLE UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Divers intervenants du secteur lucratif interviennent à côté des audioprothésistes mutualistes. Les centres d'audioprothèse mutualistes entrent donc en concurrence directe avec des organismes du secteur lucratif.

Une mutuelle sera en situation de concurrence s'il existe un ou plusieurs organismes du secteur lucratif dans un rayon significatif de kilomètres.

La notion de « rayon significatif de kilomètres » doit s'apprécier en fonction des voies de communication existantes dans la zone géographique dans laquelle est implantée la mutuelle et qui permettent un parcours des distances plus ou moins rapide (présence d'autoroutes ou de voies de communications rapides, zone de montagne...).

ETAPE N° 3 : LA MUTUELLE EXERCE-T-ELLE SON ACTIVITÉ DANS DES CONDITIONS SIMILAIRES À CELLES D'UN ORGANISME DU SECTEUR LUCRATIF ?

Pour être considérée comme non lucrative, l'activité concurrentielle doit être exercée selon des modalités différentes de celles des organismes du secteur lucratif. Afin de vérifier la réalisation de cette condition, il conviendra d'analyser les critères suivants, classés en fonction de l'importance décroissante qu'il convient de leur accorder.

Produit

Les centres d'audioprothèse mutualistes proposent les mêmes produits que les centres d'audioprothèse relevant du secteur commercial.

Les centres d'audioprothèse mutualistes participent aux actions de prévention qui se traduisent en Mutualité par des actions de sensibilisation et d'information sur les troubles auditifs.

Ils peuvent en outre proposer des services spécifiques au profit des adhérents mutualistes : tiers payant sur la partie relevant du régime obligatoire et la partie complémentaire.

Cependant, les différences entre un produit proposé par un centre d'audioprothèse mutualiste et un produit proposé par un centre d'audioprothèse du secteur lucratif ne sont pas significatives a priori. Il est donc considéré que dans la plupart des cas, le critère « produit » n'est pas rempli, sauf à démontrer l'existence d'un produit réellement différent de celui proposé par le secteur lucratif.

Public

Les centres d'audioprothèse mutualistes ne s'adressent à aucun public en particulier. Tous les publics, adhérents ou non, peuvent s'adresser à ces centres et peuvent acheter les produits proposés par ces derniers.

Dès lors, le public visé par les centres d'audioprothèse mutualistes n'est pas différent de celui visé par les centres d'audioprothèse du secteur lucratif.

Prix

Les tarifs sont librement fixés par l'organisme mutualiste et aucune distinction de prix n'est pratiquée entre un adhérent et un non-adhérent.

Publicité

D'une façon générale, tant que le centre d'audioprothèse mutualiste se borne à réaliser des opérations d'information sur ses prestations, il est admis que cette information ne constitue pas un indice de lucrativité. Bien entendu, la mutuelle ne doit pas se livrer à des campagnes de publicité à destination d'un public indifférencié.

Dans la plupart des cas, les conditions d'activité d'un centre d'audioprothèse mutualiste ne sont pas différentes de celles d'une entreprise commerciale ; les centres sont donc considérés, en principe, comme exerçant une activité lucrative.

Nota : En tout état de cause, en matière de TVA, les ventes de produits par les centres d'audioprothèse mutualistes n'entrent pas dans le champ d'application des exonérations visées aux a et b du 1° du 7 de l'article 261, lorsqu'elles sont effectuées dans des lieux spécifiquement dédiés à ces opérations de vente.