

*En 2000, les groupements mutualistes ont versé en France plus de 9 milliards d'euros de prestations, dont 8,6 milliards pour la branche maladie (+ 3,8 % par rapport à 1999).*

*Les dépenses d'honoraires et de prescriptions représentent toujours plus des trois quarts des prestations maladie servies, avec un accroissement de 4,6 % environ de celles liées aux soins dentaires et optiques. Avec une activité très concentrée, à peine 5 % des groupements versent, comme en 1999, la moitié des prestations du secteur, près des trois quarts des prestations étant versées dans le cadre de contrats individuels à adhésion facultative.*

*Les quelques 1 600 « réalisations sanitaires et sociales » qui recouvrent des services mutualistes, comme des cliniques, des pharmacies ou des centres de vacances, enregistrent une hausse globale de leur chiffre d'affaires de 8 % en 2000. Les montants moyens de prestation par personne protégée sont très différents selon le type de mutuelle, allant jusqu'à plus de 220 euros par an pour les mutuelles dites « de santé » (d'entreprises, professionnelles, de fonctionnaires...).*

*Ce sont les mutuelles d'entreprises qui versent le plus de prestations par cotisant et qui perçoivent aussi les cotisations les plus élevées. Avec des réserves qui continuent à augmenter, les groupements disposent au total de 9 milliards d'euros de fonds propres en 2000 leur assurant une marge de solvabilité importante. Leur résultat global, après opérations financières, demeure excédentaire malgré un déficit d'exploitation qui s'accroît de 200 millions d'euros par rapport à 1999. Enfin, la rentabilité des mutuelles de santé diminue sensiblement, avec une dispersion plus accentuée.*

**Philippe ROUSSEL**

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité  
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées  
DREES

## La mutualité en France : un panorama économique en 2000

Environ 5 000 groupements mutualistes régis par le Code de la mutualité ont pu être dénombrés en 2000 en activité sur l'ensemble du territoire français (encadré 1). Dans cet ensemble, 1 275 groupements, soit le quart environ, assurent chacun la protection de plus de 3 500 personnes, et réalisent la totalité de l'activité mutualiste française<sup>1</sup>. Dans la présente étude, les données utilisées sont fournies par l'enquête annuelle conduite par la Drees auprès de ces seuls groupements (encadrés 2 et 3).

Parmi ces 1 275 groupements, les mutuelles représentent plus des deux tiers des effectifs de l'ensemble (tableau 1). En particulier, 565 mutuelles « de santé » versent près de 90 % de l'ensemble des prestations (cf. tableau 6). Les mutuelles de fonctionnaires quant à elles ne représentent que 13 % des mutuelles « de santé », mais assurent la couverture du tiers des cotisants (et des personnes protégées). Le reste est composé de 217 mutuelles dites d'« autre nature », qui en général contractent elles-mêmes une assurance (réassurées) ou transfèrent la gestion de leurs prestations à une union, et de 97 mutuelles scolaires, qui interviennent en « surcouverture » d'une mutuelle généraliste.

1. Le Code de la mutualité distingue les petites mutuelles (ayant moins de 3 500 personnes protégées et ne gérant pas d'œuvres sociales) des autres groupements. Les petites mutuelles sont nombreuses, mais servent de guichet d'accueil pour des mutuelles plus importantes, ou bien ne proposent pas d'assurance maladie et s'apparentent davantage à des amicales.



**E•1**

**Les groupements mutualistes et le Code de la mutualité**

Trois catégories d'institution interviennent dans le champ de la protection sociale complémentaire :

- les groupements mutualistes (objet de cette étude), régis par le Code de la mutualité ;
- les institutions de prévoyance, régies par le Code de la Sécurité sociale ;
- les sociétés d'assurance, régies par le Code des assurances.

Contrairement aux sociétés d'assurance, les groupements mutualistes sont à but non lucratif et possèdent un statut juridique qui peut en fait recouvrir plusieurs structures correspondant à des activités différentes :

- la mutuelle proprement dite gère les risques courts (de moins d'un an), pour l'essentiel le risque maladie ;
- les caisses autonomes mutualistes gèrent les risques longs (au-delà d'un an) ;
- les réalisations sociales offrent des services (cliniques, pharmacies mutualistes, centres de vacances, etc.).

Par ailleurs, les mutuelles sont regroupées dans d'autres groupements mutualistes, appelés unions, elles-mêmes adhérent à l'une des trois fédérations nationales.

Le rôle principal de la mutualité est de verser des prestations complémentaires de maladie (cf. tableau 2), en particulier la prise en charge partielle ou totale du forfait hospitalier et du ticket modérateur (différence entre la dépense de soins et le remboursement de l'assurance maladie). De même, pour les dépenses de lunetterie ou de prothèses dentaires, les mutuelles fixent généralement leur indemnisation à un taux supérieur à celui des régimes obligatoires. Les mutuelles exercent aussi de la prévoyance : remboursement des frais engagés à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ; en cas de décès, versement via la caisse autonome d'un capital ou d'une rente au conjoint restant ; en cas d'incapacité de travail, versement d'indemnités journalières complémentaires.

Dans l'article L.111-1 du Code de la mutualité de 1985, il est précisé : « Les mutuelles sont des groupements à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide ». Au-delà du caractère non lucratif, la mutualité est marquée par le principe du vote des décisions essentielles par l'assemblée générale des sociétaires, qui ont la double qualité d'assureurs et d'assurés.

D'autre part, les mutuelles pratiquent pour le risque maladie une tarification unique (dans la Fonction publique, elle dépend généralement du niveau de salaire). À l'inverse, les assurances proposent des tarifs différenciés (modulation des barèmes tarifaires selon les tranches d'âge ou en fonction du risque que l'individu encourt, analyse des antécédents médicaux, etc.) : c'est le principe de l'équité actuarielle, par opposition au principe de solidarité, que défendent les mutuelles. Ceci dit, le principe mutualiste de solidarité (et donc de non-discrimination et de non-exclusion des adhérents) est théoriquement applicable à tous les opérateurs, y compris ceux du secteur lucratif.

Les mutuelles sont régies depuis 1955 par le Code de la mutualité, qui a été réformé :

- une première fois par la loi du 25 juillet 1985 (en vigueur en 1999) qui a notamment introduit, dans la gestion des mutuelles, des règles prudentielles financières. Le contrôle des mutuelles est exercé par le préfet (via les DRASS désormais) ou par la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance (CCMIP), s'il s'agit d'une structure mutualiste gérant une caisse autonome, d'un groupement important en termes d'activité ou d'une fédération. Le contrôle des groupements à faible activité est assez relâché et il s'exerce a posteriori ;

- une seconde fois par l'ordonnance du 19 avril 2001, et entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2003, suite aux exigences communautaires qui assimilent les mutuelles aux entreprises d'assurance.

En vertu du principe de séparation des risques, celles-ci doivent donc d'une part clairement séparer les risques « vie » (risques liés à la durée de la vie humaine : décès, retraite, épargne) et « non-vie » (risques non liés à la durée de la vie humaine : maladie, invalidité, caution de prêts bancaires, chômage, assistance et protection juridique). Le cumul est possible entre vie, accident et maladie, mais il est interdit entre vie et certains risques (dont : caution de prêts bancaires, chômage, assistance et protection juridique). La disparition des caisses autonomes gérant les risques « vie » demandera ainsi une clarification détaillée des comptes (notamment des provisions) au niveau du bilan du groupement.

D'autre part, en vertu du principe de spécialité, les mutuelles doivent exclure toute autre activité économique ou commerciale : cela remet donc en cause notamment la gestion par les mutuelles des différentes réalisations sanitaires et sociales (d'où la création actuelle de structures dédiées à la gestion des œuvres sociales). D'un autre côté, cela permet de garantir l'assuré, les éventuelles pertes d'exploitation des œuvres sociales ne pouvant plus être financées par un surcroît indirect de cotisations du côté maladie. Le nouveau code, qui établit une distinction entre les mutuelles pratiquant des opérations d'assurance et celles gérant des réalisations sociales (Livres II & III du Code), permet les transferts de fonds entre activités assurantielles et activités de gestion des œuvres sociales, à condition que ces derniers ne mettent pas en péril l'application des règles prudentielles, inscrites dans le nouveau code.

**E•2**

**L'enquête « État statistique annuel relatif aux groupements mutualistes ayant plus de 3 500 personnes protégées et/ou gérant une œuvre sociale »**

L'enquête « État statistique annuel relatif aux groupements mutualistes ayant plus de 3 500 personnes protégées et/ou gérant une œuvre sociale » a été élaborée en 1986, suite à la première réforme du Code de la mutualité, conjointement avec la DSS (direction de la Sécurité sociale), le SESI (Service des statistiques, des études et des systèmes d'information), la FNMF (Fédération nationale de la mutualité française) et l'INSEE (l'enquête alimentant la branche assurances des Comptes nationaux). Elle a été lancée pour la première fois en 1987.

Cette enquête est gérée et traitée par la DREES ; les groupements adressent aussi un exemplaire de leur déclaration aux DDASS et depuis 2003 aux DRASS concernées (directions départementales/régionales des Affaires sanitaires et sociales).

L'enquête permet de collecter de nombreuses données économiques et financières sur l'activité des groupements (prestations, compte des réalisations sociales gérées, compte de résultat, bilan, etc.).

2

**T•01 effectifs et structure de l'ensemble des groupements**

Catégorie de groupement mutualiste	Nombre de groupements	En %
Mutuelle à recrutement général	193	15,1
Mutuelle autre nature	217	17,0
Mutuelle d'entreprise ou d'inter-entreprise	153	12,0
Mutuelle professionnelle ou interprofessionnelle	149	11,7
Mutuelle accidents scolaires ou sportifs	97	7,6
Mutuelle de fonctionnaires	73	5,7
Caisse chirurgicale	16	1,3
<b>MUTUELLES</b>	<b>898</b>	<b>70,4</b>
Union départementale	160	12,5
Union locale ou régionale	155	12,2
Union nationale	59	4,6
<b>UNIONS</b>	<b>374</b>	<b>29,3</b>
Fédération nationale	3	0,2
<b>FÉDÉRATIONS</b>	<b>3</b>	<b>0,2</b>
<b>Ensemble</b>	<b>1 275</b>	<b>100,0</b>

Champ : ensemble des 1 275 groupements de plus de 3 500 personnes protégées, France entière.  
Source : DREES, enquête 2000.

Les unions, qui représentent près de 30 % des effectifs totaux, sont la plupart du temps des regroupements de mutuelles. Elles permettent de gérer les réalisations sociales communes aux mutuelles adhérentes (centres d'optique, cliniques dentaires, centre de vacances, etc.) et de les réassurer collectivement. Les fédérations ont essentiellement un rôle de coordination et de représentation des groupements auprès des pouvoirs publics. En 2000 comme en 1999, quatre mutuelles sur cinq adhèrent à au moins une union, une mutuelle sur cinq adhérant par ailleurs à

une seconde union. Enfin, neuf mutuelles sur dix adhèrent à l'une des trois fédérations nationales

### 8,6 milliards d'euros de prestations maladie versées en 2000...

L'ensemble des groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées a versé en 2000 l'équivalent de près de 9,1 milliards d'euros de prestations, soit un niveau très légèrement supérieur à celui de 1999. Cette faible augmentation résulte toutefois en partie d'un retraitement

comptable au sein d'une importante mutuelle qui fait diminuer fortement le montant des prestations comptabilisées (encadré 4). Afin de couvrir ces prestations, le secteur perçoit de la part de ses sociétaires près de 10,7 milliards d'euros de cotisations, soit une hausse de 3 % par rapport à 1999, à champ constant (calculée hors impact du traitement comptable évoqué précédemment). Le ratio prestations/cotisations de l'ensemble du secteur de la mutualité française s'est donc élevé en 2000 à 0,85 euro versé pour 1 euro perçu, soit le même niveau qu'en 1999.

Pour leur part, les prestations versées au titre de la branche maladie sont en hausse de 3,8 % par rapport à 1999 et s'élèvent désormais à plus de 8,6 milliards, soit 95 % de l'ensemble des prestations, donnant ainsi aux autres types de prestations (prévoyance et aide sociale) un caractère relativement marginal (tableau 2).

## E•3

### Méthodologie adoptée pour l'année 2000

À partir du répertoire d'identification des groupements mutualistes, géré par la DREES, chaque groupement est spécifié par un Numéro de registre départemental (NRD), et son statut (existant, fusionné, en cessation d'activité, etc.) est mis à jour grâce aux remontées d'informations des DDASS, puis des correspondants mutualité des DRASS depuis 2002.

Il est alors possible de constituer un fichier annuel, comportant l'ensemble des groupements théoriquement en activité pour une année donnée. En 2000, on dénombre ainsi 1 275 groupements en activité sur l'ensemble du territoire, DOM inclus, soit 20 de moins qu'en 1999.

En raison de la mise en place progressive du nouveau Code de la mutualité, la remontée d'informations des DD/DR-ASS est devenue – au moins temporairement – imparfaite, et quelques cas de fusions ont dû être traités en agrégeant les données économiques et financières de l'année 1999 des mutuelles absorbées, au titre de 2000, ne disposant pour 2000 ni des comptes de la mutuelle absorbante, ni de ceux des différentes mutuelles absorbées.

Par ailleurs, sur les 1 275 groupements, seulement 1 050 ont répondu à cette enquête, soit 60 de moins qu'en 1999, alors même qu'elle est obligatoire. Dans cet ensemble, 778 groupements versent des prestations et 272 n'en versent pas (essentiellement des unions et des mutuelles " autre nature "). Les 225 groupements n'ayant pas répondu sont estimés, en leur attribuant des niveaux théoriques de prestation en fonction des niveaux connus des années passées, et en les reliant ensuite à des groupements de même nature et de même niveau de prestation ayant répondu à l'enquête. On attribue ainsi un poids statistique à chaque groupement ayant répondu à l'enquête. Toutefois, ces non-répondants, essentiellement à faible activité, ont un poids marginal : cette opération porte en effet sur 313 millions d'euros, soit 3,4 % de l'ensemble des prestations. Au final, les 1 275 groupements sont constitués de 861 groupements versant des prestations (dont 83 estimés) et 414 groupements ne versant pas de prestations (dont 174 estimés).

En outre, la structure moyenne des différentes natures de prestations a été appliquée aux 92 groupements ayant renseigné leur montant total de prestations sans les ventiler, pour un montant total de 410 millions d'euros (soit 4,5 % de l'ensemble).

## E•4

### L'impact d'une modification des comptes d'une mutuelle sur les chiffres sectoriels

Suite à une décision de la CCMIP (Commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance), une mutuelle de taille importante a dû isoler de ses comptes des produits assurantiels de types contrats décès, contrats facultatifs et garantie de prêts, d'un montant global d'environ 130 millions d'euros, et qui étaient déjà comptabilisés à la CNP (Caisse nationale de la prévoyance), organisme lié pour ces opérations à cette mutuelle. Ceux-ci ne sont donc plus traités directement en comptabilité dans le secteur prestations, mais dans un compte de tiers dont le résultat est réinjecté dans le compte de résultat global, à la rubrique " Opérations faites en commun " (cf. tableaux 8 et 9).

Concrètement, par rapport à 1999, le montant des " autres prestations sociales " diminue sensiblement, passant de 189 millions d'euros en 1999 à 55 millions d'euros en 2000 du fait de cette opération. En conséquence, le montant total des prestations versées par les mutuelles n'augmente que de 2,1 % par rapport à 1999 : en revanche, le montant total des prestations de maladie, qui ne subit pas de retraitement comptable, passe de 8,31 milliards d'euros en 1999 à 8,63 milliards en 2000, et augmente bien de 3,8 %.

## T•02 montants et structure des prestations de l'ensemble des groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées

Type de prestation	Montant	En %
Pharmacie	2 770,1	30,5
Honoraires médicaux (y.c. frais de déplacement)	1 631,7	18,0
Soins dentaires	1 181,0	13,0
Optique	733,5	8,1
Autres : analyses, actes d'auxiliaires médicaux, orthopédie	849,6	9,4
<b>Total - Honoraires &amp; Prescriptions</b>	<b>7 166,0</b>	<b>79,0</b>
Forfait journalier	460,5	5,1
Ticket modérateur des journées et actes	342,0	3,8
Frais de séjour	219,4	2,4
Autres, dont honoraires & prescriptions d'hospitalisation	310,8	3,4
<b>Total - Hospitalisation</b>	<b>1 332,7</b>	<b>14,7</b>
Autres prestations de soins de santé	132,6	1,5
<b>TOTAL MALADIE</b>	<b>8 631,3</b>	<b>95,1</b>
Aides ménagères & à la famille, allocations maternité, etc.	127,9	1,5
<b>TOTAL AIDE SOCIALE</b>	<b>127,9</b>	<b>1,4</b>
Indemnités journalières maladie	121,5	1,3
Prestations décès, vieillesse & invalidité	140,0	1,5
<b>TOTAL PRÉVOYANCE</b>	<b>261,5</b>	<b>2,9</b>
<b>AUTRES PRESTATIONS SOCIALES</b>	<b>55,3</b>	<b>0,6</b>
<b>Total des prestations sociales versées</b>	<b>9 076,0</b>	<b>100,0</b>

Champ : ensemble des 861 groupements mutualistes versant des prestations, France entière.  
Source : DREES, enquête 2000.

Le secteur mutualiste participe ainsi à hauteur de 7,2 % au financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux. La Sécurité sociale, l'État et les collectivités locales y participent à hauteur de 76,5 %, les ménages pour 11,5 % (sans tenir compte de leurs cotisations aux groupements mutualistes), les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance contribuant à hauteur de 4,8 %<sup>2</sup>.

### ...avec un accroissement de la part des soins dentaires et optiques

Les prestations maladie versées par les mutuelles sont constituées pour 79 % de dépenses d'honoraires et de prescriptions (7,2 milliards d'euros). Ceci s'explique par l'existence de plus faibles taux de remboursement de la part de la Sécurité sociale sur ces postes de dépenses (ticket modérateur, et plus généralement dépassements d'honoraires ou de prix, prises en charge partielles des médicaments, prothèses dentaires et lunettes, etc.). La pharmacie représente à elle seule près de 39 % des remboursements des mutuelles sur le poste « honoraires et prescriptions » et plus de 30 % de l'en-

semble des prestations. Enfin, les versements effectués en matière de soins dentaires et optique ont augmenté de 4,6 % par rapport à 1999, et représentent désormais 21 % de l'ensemble des prestations, soit une hausse de 5 points par rapport à 1991.

En revanche, pour les dépenses d'hospitalisation, largement couvertes par la Sécurité sociale, la part prise en charge par les mutuelles est cinq fois moins élevée que pour les dépenses d'honoraires et de prescriptions. Elle s'élève à environ 1,3 milliard d'euros, dont plus du tiers pour le seul remboursement du forfait journalier.

### La gestion de près de 1 600 réalisations sociales : une activité en développement

Les groupements mutualistes ont d'autres activités que le versement de prestations sociales en nature et en espèces. À titre secondaire ou principal, ils gèrent 1 580 « réalisations sanitaires et sociales », qui sont des structures ayant en charge la gestion de services de nature diverse : cliniques, pharmacies mutualistes, centres de vacances... (encadré 1).

Comme en 1999, ce type d'activité est fortement concentré. Moins de 5 % des groupements, qui possèdent chacun entre 10 et 50 réalisations sociales, gèrent plus de la moitié du nombre total de ces réalisations. Enfin, les unions départementales et régionales rassemblent 80 % des œuvres sociales.

Le chiffre d'affaires total des « réalisations sociales » a atteint 1,9 milliard d'euros en 2000, en hausse de 8 % par rapport à 1999. Ces réalisations sont globalement à l'origine d'une activité très légèrement excédentaire : leurs résultats agrégés, qui cumulent résultats d'exploitation, financiers et exceptionnels diminués des impôts sur les bénéfices (encadré 5) ont été quasiment équilibrés en 2000 après un faible déficit en 1999. Les centres d'optique, qui représentent près de 30 % des réalisations, se distinguent toutefois en 2000, tout comme en 1999,

par leur résultat largement excédentaire (tableau 3).

Ces résultats dépendent en outre des structures au sein desquelles ces réalisations sociales sont gérées. Avec un résultat global positif de 1,7 million d'euros, ils sont ainsi globalement excédentaires lorsque les réalisations sociales sont gérées par des groupements qui ne versent pas de prestations, pour l'essentiel des unions. En particulier, les résultats des réalisations sociales détenues par les unions départementales affichent un résultat global excédentaire de plus de 20 millions d'euros. En revanche, les réalisations sociales gérées par des groupements qui versent aussi des prestations apparaissent globalement déficitaires, à hauteur de 1,5 million d'euros en 2000, dans la mesure où leurs pertes pouvaient encore en 2000 être compensées par les autres activités de la structure.

Le nouveau Code de la mutualité<sup>3</sup> prévoit toutefois, en vertu du principe de spécialité (encadré 1), une séparation des activités entre la gestion des prestations et celle des réalisations sociales, le cumul des deux activités n'étant autorisé qu'« à titre accessoire ». Les transferts ou les apports de fonds entre les différentes activités ne sont prévus qu'à la seule condition qu'ils ne mettent pas en péril l'application des règles prudentielles. La spécialisation sera donc la règle générale à partir de 2003.

### Toujours plus d'un milliard d'euros au titre de la réassurance, auprès de 45 unions

La réassurance est l'opération par laquelle une mutuelle, organisme assureur, prend pour elle-même une assurance auprès d'un groupement mutualiste supérieur (union ou fédération) en vue d'obtenir la prise en charge technique de tout ou partie de ses engagements vis-à-vis de ses adhérents, devant lesquels elle reste seule responsable.

45 unions seulement couvrent en réalité la quasi-totalité de la réassurance du secteur mutualiste : elles versent 814 millions d'euros de prestations de réassu-

4

T-03 répartition et résultats des 1 580 réalisations sociales en millions d'euros		
Type de réalisation sociale	En %	Résultat
Centres d'optique	29	29,2
Cliniques dentaires	21	-2,5
Autres établissements sanitaire ou social	17	-5,5
Centre d'appareillage et de prothèses	7	-0,1
Centre de vacances ou de loisirs	5	0,0
Maisons de retraite	5	-2,8
Pharmacies d'officine	4	0,0
Dispensaires ou centres de soin (dont radiologie)	4	-13,4
Services de soins infirmiers à domicile	4	0,3
Autres services hors sanitaire et social	4	-5,0
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>0,2</b>

Champ : ensemble des 1 580 réalisations sociales, France entière.  
Source : DREES, enquête 2000.

2. Ces chiffres, qui marquent un léger tassement de la contribution des mutuelles en 2000, diffèrent légèrement de ceux publiés dans les Comptes semi-définitifs de la santé, dont la version définitive pour l'année 2000 paraîtra en juillet 2003.  
3. Ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001.

rance et perçoivent 892 millions d'euros de cotisations. Toutefois, tout comme en 1999 d'ailleurs, l'ensemble du secteur déclare verser pour 1,35 milliard d'euros de cotisations à un organisme mutualiste supérieur (union ou fédération) : il semblerait donc qu'une part non négligeable de la réassurance se fasse en dehors du secteur de la mutualité.

Les mutuelles dites d'« autre nature »<sup>4</sup> sont de loin celles qui se réassurent le plus : elles totalisent plus de la moitié de la réassurance du secteur (420 millions d'euros de remboursements de réassurance pour 830 millions de cotisations versées aux réassureurs). Viennent ensuite les mutuelles à recrutement général, pour un montant de 330 millions d'euros de cotisations. Les mutuelles de fonctionnaires et d'entreprises ainsi que les caisses chirurgicales éprouvent en moyenne le moins le besoin de se réassurer.

**Comme en 1999,  
à peine 5 % des groupements  
versent la moitié des prestations**

Parmi les 861 groupements versant des prestations et couvrant plus de 3 500 personnes protégées, les 565 mutuelles du pôle « santé » versent près de 90 % de l'ensemble des prestations du secteur ; dans cet ensemble, 41 groupements seulement, soit moins de 5 % de l'ensemble et seulement 7 % des mutuelles de santé, versent la moitié des prestations du secteur (tableau 4). La concentration du secteur est donc similaire à celle constatée en 1999, mais devrait s'accroître avec les nombreuses fusions ayant eu lieu en 2001 et surtout en 2002.

Près des deux tiers des groupements qui versent des prestations ont par ailleurs fourni une information statistique sur les contrats correspondants, couvrant plus des trois quarts des versements : 10 % des prestations sociales versées (en nature et en espèces) sont ainsi liées à des contrats collectifs à adhésion obligatoire, 17 % à des contrats collectifs à adhésion facultative et enfin 73 % à des contrats individuels à adhésion facultative.

**Des montants moyens  
de prestation par personne  
protégée très différents  
selon le type de mutuelle**

Ce sont bien sûr les 94 mutuelles d'accidents scolaires ou sportifs, intervenant en général en surcouverture d'une mutuelle généraliste, qui versent les montants de prestation les plus faibles par personne protégée : environ 1 euro en moyenne en 2000 par personne cotisante (tableau 5). De ce fait, leur ratio prestations/cotisations est très faible (0,27).

Les trois types d'unions se placent dans une position intermédiaire en ce qui concerne les montants moyens versés par personne protégée (entre 42 et 57 euros selon le type d'union), avec un ratio prestations/cotisations sensiblement plus élevé (entre 0,74 et 0,86).

Ce sont donc surtout les mutuelles dites de santé (d'entreprises, profession-

nelles, de fonctionnaires, à recrutement général et les caisses chirurgicales) qui versent *in fine* des prestations supérieures à 220 euros par an et par personne protégée.

**Les mutuelles d'entreprises  
versent davantage de prestations,  
avec des cotisations plus élevées**

Parmi les mutuelles de santé, ce sont les mutuelles de fonctionnaires qui versent en moyenne les prestations les plus élevées par personne protégée (291 euros), et qui perçoivent aussi les cotisations les plus importantes auprès de leurs bénéficiaires : 317 euros par personne protégée<sup>5</sup> (tableau 5). Ce sont *a contrario* les mutuelles à recrutement général qui versent les montants les moins importants (en moyenne 224 euros, pour 278 euros de cotisations).

Ces montants sont évidemment plus élevés si on les rapporte non pas aux

**T 04** concentration du secteur mutualiste

Montant des prestations versées par les groupements en 2000	Nombre de groupements	Nombre moyen de personnes protégées (en milliers)	Ratio Prestations/Cotisations
Inférieur à 19,5 millions d'euros	740	74	0,80
Entre 19,5 et 41 millions d'euros	80	120	0,86
Entre 42 et 141 millions d'euros	34	372	0,89
Supérieur à 141 millions d'euros	7	1 084	0,91

Les 4 catégories du tableau sont déterminées de façon à ce que chacune assure 25 % de l'ensemble des prestations.  
Champ : ensemble des 861 groupements versant des prestations, France entière.  
Source : DREES, enquête 2000.

**T 05** moyennes des cotisations et prestations par personne couverte

Catégorie de groupement	en euros					
	Cotisations	Prestations	dont maladie	Cotisations	Prestations	dont maladie
	moyenne par personne protégée			moyenne par personne cotisante		
Mutuelles de fonctionnaires	317,0	291,2	267,6	478,1	439,2	403,7
Mutuelles (inter)professionnelles	305,4	259,6	252,2	452,4	384,6	373,5
Mutuelles à recrutement général	277,7	223,6	218,2	388,5	312,7	305,2
Mutuelles d'(inter-)entreprises	300,1	279,3	266,4	480,8	447,4	426,8
Caisses chirurgicales	307,4	271,9	266,2	384,3	339,8	332,8
Mutuelles autre nature	10,7	3,3	2,8	20,4	6,3	5,4
Mutuelles scolaires	3,1	0,8	0,4	4,1	1,1	0,5

Champ : ensemble des groupements versant des prestations maladie, hors unions et fédérations, France entière.  
Source : DREES, enquête 2000.

4. Qui, par définition, sont effectivement des mutuelles réassurées ou transférant la gestion de leurs prestations à une union.

5. Les montants sont en baisse par rapport à 1999 du fait d'un retraitement comptable (encadré 4). Cela conduit à un resserrement du niveau des prestations au sein des mutuelles de santé, l'écart passant de 85 € en 1999 à 68 € en 2000 entre le type de mutuelles qui verse le moins de prestations et celui qui en verse le plus.

personnes protégées mais aux seuls cotisants : on compte en effet en moyenne deux personnes cotisantes pour trois personnes protégées, et les prestations versées par cotisant varient alors en moyenne entre 313 euros pour les mutuelles à recrutement général et 447 euros pour les mutuelles d'entreprises. Ces dernières perçoivent aussi les cotisations les plus élevées : en moyenne 481 euros par personne cotisante.

Proportionnellement aux cotisations perçues, ce sont les mutuelles d'entreprises ainsi que les mutuelles de fonctionnaires qui versent le plus de prestations par euro perçu (ratio prestations/cotisations = resp. 0,93 et 0,92) et, si l'on met à part les mutuelles scolaires et les unions, les mutuelles à recrutement général pour lequel ce rapport est le moins élevé (ratio prestations/cotisations = 0,81).

Par rapport à 1999, il est intéressant de constater que les mutuelles à recrutement général ainsi que les mutuelles interprofessionnelles stabilisent leur ratio prestations/cotisations à un niveau sensiblement inférieur à 0,9, tandis que les mutuelles de fonctionnaires et d'entreprises ont un ratio qui, déjà supérieur à 0,9 en 1999, continue d'augmenter d'un point en 2000 (tableau 6).

### Des fonds propres et des réserves qui continuent à augmenter

En 1999, l'ensemble des groupements mutualistes avait obtenu un résultat global excédentaire d'environ 390 millions d'euros<sup>6</sup>, qui est venu s'ajouter aux réserves des groupements pour 2000. Ainsi, celles-ci continuent à augmenter et atteignent 8,6 milliards d'euros en 2000. Au total, avec ces réserves, les résultats de l'exercice courant, les dotations, les legs en capital et enfin les écarts de réévaluation, les capitaux propres des groupements mutualistes s'élèvent en 2000 à exactement 9 milliards d'euros.

Sur l'ensemble du secteur mutualiste, la marge de solvabilité, qui mesure le rapport des fonds propres aux cotisations, atteint donc 84 %, soit un niveau environ cinq fois supérieur au seuil minimal exigé dans le nouveau Code de la mutualité de 2002, et en hausse de 1 point par rapport à 1999. En restreignant le champ aux seules mutuelles de santé, la marge de solvabilité s'élève à 75,4 %<sup>7</sup>, soit un niveau comparable à celui atteint en 1999.

### Un résultat global excédentaire, malgré un déficit d'exploitation qui s'accroît

Le secteur mutualiste présente un résultat global excédentaire de 181 millions d'euros en 2000, soit 1,7 % du montant total des cotisations perçues (encadré 5 et tableau 7). Le résultat d'exploitation du secteur, qui mesure l'écart entre les produits et les charges d'exploitation de l'année, est toutefois déficitaire à hauteur de 262 millions d'euros, soit 200 millions de plus qu'en 1999. Ce sont donc les résultats financiers, solde entre les produits et les charges financiers, qui assurent encore en 2000 le résultat global positif du secteur : ces derniers se sont en effet élevés à 386 millions d'euros, soit un niveau similaire à celui atteint en 1999.

La situation apparaît en outre contrastée en fonction de l'activité des groupements : une perte d'exploitation de 283 millions d'euros est constatée chez ceux qui versent des prestations, tandis que ceux qui ne versent pas de prestations et gèrent pour l'essentiel des réalisations sociales obtiennent un résultat d'exploitation excédentaire de 21 millions d'euros. À la différence des premiers, leur résultat financier est toutefois très faible.

6

**T 06** masses de cotisations et prestations par catégorie de groupement

en millions de personnes et en millions d'euros

Catégorie de groupement mutualiste	Effectif	Personnes protégées	Personnes cotisantes	Ensemble des cotisations	Ensemble des prestations	Ratio P/C	Prestations de maladie	Prestations de prévoyance	Prestations d'aide sociale	Frais de gestion (*)
Mutuelles de fonctionnaires	73	10,12	6,71	3 208,3	2 946,8	0,92	2 708,6	160,9	78,6	910,9
Mutuelles (inter)professionnelles	149	8,96	6,05	2 736,3	2 326,1	0,85	2 259,9	33,8	16,7	464,5
Mutuelles à recrutement général	175	6,70	4,79	1 860,7	1 497,9	0,81	1 461,8	19,6	9,8	405,4
Mutuelles d'(inter-)entreprises	152	2,82	1,76	846,3	787,5	0,93	751,2	11,0	11,6	99,6
Caisses chirurgicales	16	1,40	1,12	430,4	380,6	0,88	372,7	4,4	1,2	44,5
<b>Ensemble "mutuelles de santé"</b>	<b>565</b>	<b>30,00</b>	<b>20,43</b>	<b>9 081,9</b>	<b>7 938,9</b>	<b>0,87</b>	<b>7 554,1</b>	<b>229,7</b>	<b>117,8</b>	<b>1 924,9</b>
Mutuelles autre nature	110	14,37	7,53	153,3	47,2	0,31	40,6	3,0	1,5	32,8
Mutuelles accidents scolaires ou sportifs	94	11,46	8,72	36,0	9,6	0,27	4,7	4,2	0,6	38,9
Unions départementales	47	9,45	6,25	532,1	424,8	0,80	412,9	8,8	1,8	296,3
Unions locales ou régionales	29	5,87	3,78	449,6	332,9	0,74	320,9	8,1	2,6	184,8
Unions nationales	15	7,04	6,23	346,2	298,7	0,86	275,0	7,1	3,3	54,4
Fédération nationale	1	24,00	-	66,8	24,1	0,36	24,0 [imputation]			80,7
<b>Total général</b>	<b>861</b>	-	-	<b>10 665,8</b>	<b>9 076,0</b>	<b>0,85</b>	<b>8 631,3</b>	<b>261,5</b>	<b>127,9</b>	<b>2 532,1</b>

(\*) Incluant les frais liés à la gestion des réalisations sociales affiliées et des régimes obligatoires.

Champ : ensemble des 861 groupements versant des prestations, France entière.

Source : DREES, enquête 2000.

6. Philippe Roussel, *Études et Résultats*, n°170, mai 2002, consacré à une rétrospective depuis 1991 de l'activité des groupements mutualistes.  
7. Et à 61,7 % si l'on retire de l'analyse, parmi les mutuelles de santé, une importante mutuelle effectuant près de 10 % de l'activité du secteur en 2000 et disposant par ailleurs d'une forte marge de solvabilité.

À l'issue de l'exercice 2000, près d'un tiers des groupements ont un résultat global négatif, alors qu'ils étaient seulement un peu plus d'un quart dans ce cas en 1999 (tableau 8). Les mutuelles d'entreprises et de fonctionnaires sont proportionnellement souvent déficitaires : c'est le cas pour une mutuelle de fonctionnaires sur deux en 2000.

Enfin, tout comme en 1999, les mutuelles de fonctionnaires ont à la fois les déficits d'exploitation et les excédents financiers les plus élevés du secteur (resp. 162 et 131 millions d'euros). À l'inverse de l'année précédente toutefois, leur résultat global a chuté en 2000. Les mutuel-

les à recrutement général et interprofessionnelles voient également leur résultat global diminuer par rapport à 1999, mais dans des proportions moindres. Elles dégagent désormais les meilleurs résultats globaux du secteur (tableau 9).

### *Une rentabilité en moyenne moins élevée, avec une dispersion plus accentuée*

La rentabilité, définie ici par le rapport du résultat global au chiffre d'affaires global du groupement, atteint 1,0 % en 2000 au sein de l'ensemble des mutuelles de santé, contre 2,8 % en 1999 et 5,9 % en 1995<sup>8</sup>.

### Le compte de résultat global des groupements mutualistes

Comme toute entreprise, chaque groupement mutualiste est tenu à une comptabilité précise, à l'aide d'un plan comptable particulier aux organismes du secteur mutualiste, dont le dernier date de 1985. Chaque activité du groupement donne lieu ainsi à un compte de résultat spécifique : un compte pour chaque réalisation sociale gérée, un compte pour chaque activité de prestations : gestion de prestations sociales, gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, etc. Tous ces comptes sont ensuite agrégés au niveau du groupement, afin de déterminer un compte de résultat global.

Bien entendu, avec l'arrivée du nouveau Code de 2001, le plan comptable subit de notables modifications.

Le compte de résultat global détaille les charges et produits de l'année en cours et permet d'exhiber un résultat d'exercice (excédent ou perte), reporté dans le bilan agrégé du groupement. Il permet de dégager au niveau du groupement :

- un résultat d'exploitation, différence entre les produits d'exploitation (cotisations, ventes de marchandises, production stockée, vendue et immobilisée, subventions d'exploitation, produits divers de gestion courante, etc.) et les charges d'exploitation (prestations, coût d'achat des marchandises vendues, consommations en provenance de l'exercice des tiers, impôts et taxes, salaires et traitements, charges sociales) ;

- un résultat financier, différence entre les produits financiers (de participations, valeurs mobilières, produits nets sur cessions de valeurs mobilières de placements, etc.) et les charges financières (dotations aux provisions, intérêts des emprunts et dettes, charges nettes sur cession de valeurs mobilières de placement) ;

- un résultat exceptionnel, différence entre les produits et charges exceptionnels (sur opérations de gestion et en capital, ainsi que la différence entre les reprises sur provisions et transferts de charges et les dotations exceptionnelles aux amortissements et provisions).

La somme de ces trois résultats, éventuellement diminuée d'impôts sur les bénéfices ou assimilés (jusqu'à alors, les mutuelles bénéficiaient d'exonérations sur de nombreuses taxes et d'un impôt sur les sociétés avec une assiette limitée à certains revenus financiers au taux de 10 % ou 24 % ; la fiscalité sera évidemment revue avec le nouveau Code de 2001) fournit le résultat global de l'exercice du groupement.

### T•07 ensemble des différents résultats

en millions d'euros

Type de résultat	Groupements		Total
	versant des prestations	ne versant pas de prestations	
Effectif	861	414	1 275
Résultat d'exploitation	-283,0	21,0	-262,0
Résultat des opérations en commun (*)	100,3	-0,3	100,0
Résultat financier	368,8	17,2	386,0
Résultat exceptionnel	-37,0	5,8	-31,3
Impôts sur les bénéfices	10,6	1,4	11,9
<b>Résultat global</b>	<b>138,5</b>	<b>42,3</b>	<b>180,8</b>

(\*) Ce poste ne concerne presque exclusivement que la MGEN et la FNMF.  
Champ : ensemble des 1 275 groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées, France entière.  
Source : DREES, enquête 2000.

### T•08 effectifs et part des groupements présentant un résultat excédentaire

Type de groupement	Effectif total	Nombre de groupements ayant un résultat global excédentaire		Ensemble résultat global excédentaire en %
		versant des prestations	ne versant pas de prestations	
Mutuelles à recrutement général	193	113	14	66
Mutuelles autre nature	217	80	80	74
Mutuelles d'(inter-)entreprises	153	88	néant (1)	58
Mutuelles (inter)professionnelles	149	97	néant	65
Mutuelles accidents scolaires ou sportifs	97	71	3	76
Mutuelles de fonctionnaires	73	34	néant	47
Caisses chirurgicales	16	11	néant	69
Unions départementales	160	40	83	77
Unions locales ou régionales	155	17	89	68
Unions nationales	59	6	35	69
Fédérations nationales	3	1	2	100
<b>Total</b>	<b>1 275</b>	<b>558</b>	<b>306</b>	<b>68</b>

(1) Ces quatre types de mutuelles santé versent des prestations.  
Champ : ensemble des 1 275 groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées, France entière.  
Source : DREES, enquête 2000.

8. Philippe Roussel, *Études et Résultats* n°197, octobre 2002, consacré à une typologie économique des mutuelles de santé.

Au sein des mutuelles de santé, la rentabilité diffère évidemment en fonction du type de groupement : elle varie de - 0,8 % pour les mutuelles d'entreprises à + 2,1 % pour les mutuelles professionnelles ou interprofessionnelles.

Par ailleurs, 72 mutuelles, soit 13 % des mutuelles de santé, enregistrent en 2000 à la fois une marge de solvabilité<sup>9</sup> inférieure à 30 et une rentabilité négative. On trouve dans ce groupe 46 mutuelles professionnelles ou à recrutement général et 25 mutuelles d'entreprises ou de fonctionnaires. Dans cet ensemble, 45 mutuelles, soit 8 % des mutuelles de santé cumulent une marge de solvabilité inférieure à 20, soit un niveau très proche de celui exigé, et une rentabilité sensiblement négative (- 4,5 % en moyenne au sein de ce groupe particulier).

En revanche, 151 mutuelles, soit plus d'une mutuelle de santé sur quatre, cumulent rentabilité positive et marge de solvabilité supérieure à 60. Ce groupe est constitué de 52 mutuelles à recrutement général, 41 mutuelles professionnelles, 34 mutuelles d'entreprises, 18 mutuelles de fonctionnaires et 6 caisses chirurgicales.

## T 09 répartition des résultats en fonction de la nature du groupement

en millions d'euros

Type de groupement	Effectif	Résultat d'exploitation	Résultat des opérations en commun	Résultats financiers	Résultat exceptionnel	Résultat global après impôts
Mutuelles à recrutement général	198	-14,6	0,1	55,4	1,0	<b>40,8</b>
Mutuelles autre nature	217	6,7	1,2	13,1	5,2	<b>25,3</b>
Mutuelles d'(inter-)entreprises	153	-30,3	-0,1	24,3	-0,3	<b>-6,7</b>
Mutuelles (inter)professionnelles	148	-21,0	-0,1	104,6	-21,0	<b>59,4</b>
Mutuelles de fonctionnaires	73	-161,8	62,6	131,1	-18,7	<b>8,4</b>
Mutuelles accidents scolaires ou sportifs	97	-10,5	0,0	0,8	-0,8	<b>-10,7</b>
Caisses chirurgicales	13	-5,5	0,0	8,3	-3,9	<b>-1,3</b>
Unions départementales	159	14,5	-0,9	16,8	7,3	<b>37,0</b>
Unions locales ou régionales	155	-4,3	0,5	9,1	-0,2	<b>5,3</b>
Unions nationales	59	-4,6	-1,9	19,5	3,5	<b>15,8</b>
Fédérations nationales	3	-30,7	38,7	3,0	-3,4	<b>7,4</b>
<b>Total</b>	<b>1 275</b>	<b>-262,0</b>	<b>100,0</b>	<b>386,0</b>	<b>-31,3</b>	<b>180,8</b>

Champ : ensemble des 1 275 groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées, France entière.  
Source : DREES, enquête 2000.

Plus des deux tiers de ces mutuelles obtiennent à l'issue de leur exercice une rentabilité supérieure à 2 %.

Enfin, en 2000, la dispersion des niveaux de rentabilité par rapport à la moyenne du secteur s'accroît encore en comparaison de celle constatée en 1995

puis en 1999. Elle est désormais très sensible : 38 % des mutuelles de santé ont ainsi en 2000 une rentabilité négative (en moyenne -3,5 %) tandis que 36 %, soit quasiment la même proportion, obtiennent en revanche une rentabilité supérieure à 2 % (en moyenne +5,3 %). ●

9. La marge de solvabilité mesure le rapport des fonds propres aux cotisations.