

N° 154 • janvier 2002

En 1999, les groupements mutualistes ont versé en France près de 9 milliards d'euros de prestations dont plus de 8 milliards pour la branche maladie.

Le secteur mutualiste participe ainsi à hauteur de 7,3 % au financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux.

Plus de trois quarts des prestations maladie, soit 6,9 milliards d'euros, sont des dépenses d'honoraires et de prescriptions, la pharmacie représentant à elle seule 30 % du total des prestations versées. Cette activité est très concentrée : 30 % des mutuelles réalisent près de 70 % de l'activité du secteur, et à peine 5 % des groupements versent la moitié des prestations.

Près de trois quarts des prestations sont versées dans le cadre de contrats individuels à adhésion facultative.

Les groupements gèrent également près de 1 600 « réalisations sanitaires et sociales », structures qui fournissent directement des services (cliniques, pharmacies, centres de vacances, etc.).

Elles totalisent un chiffre d'affaires de 1,75 milliard d'euros en 1999.

Les montants moyens de prestation par personne protégée diffèrent selon le type de mutuelle : ils varient de 1 euro pour les mutuelles d'accidents scolaires à 316 euros pour les mutuelles de fonctionnaires, ces dernières percevant toutefois les cotisations les plus élevées du secteur.

Les groupements disposent globalement de 8,3 milliards d'euros de fonds propres, leur assurant une marge de solvabilité importante. À l'issue de l'exercice 1999, le résultat d'exploitation du secteur est légèrement négatif (à hauteur de 64 millions d'euros), mais son résultat global, après opérations financières, est excédentaire de 369 millions d'euros.

Philippe ROUSSEL

Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

L'activité des groupements mutualistes : un panorama en 1999

En 1999, on dénombrait en France 5 300 groupements mutualistes en activité sur le territoire et régis par le Code de la mutualité (encadré 1). Dans cet ensemble, 1 295 groupements, soit le quart environ, assurent la protection de plus de 3 500 personnes, et réalisent la quasi-totalité de l'activité mutualiste française¹. Dans la présente étude, les données utilisées sont fournies par l'enquête annuelle auprès de ces groupements de plus de 3 500 personnes protégées (encadré 2).

Parmi ces 1 295 groupements, les mutuelles représentent près des trois quarts de l'ensemble (tableau 1). Elles sont constituées pour près de moitié de mutuelles à recrutement général et de mutuelles dites d'« autre nature » (en général des

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.



mutuelles réassurées ou transférant la gestion de leurs prestations à une union). Les mutuelles d'entreprises et les mutuelles professionnelles, issues des anciennes caisses chirurgicales² qui ne sont plus que 18 en 1999, représentent en effectifs le tiers de ce groupe particulier. Enfin, le reste est

composé de mutuelles d'accidents scolaires ou sportifs, qui interviennent généralement en surcouverture d'une mutuelle généraliste, et de mutuelles de fonctionnaires : ces dernières représentent 8 % seulement du nombre des mutuelles, mais protègent près d'un assuré mutualiste sur cinq en France.

Les unions, qui représentent 28 % du secteur, 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, centres de vacances, etc.) et de se réassurer collecti-

2. Les caisses chirurgicales mutualistes ont été créées après la seconde guerre mondiale, pour couvrir les risques lourds (hospitalisation) insuffisamment pris en charge à l'époque ; ce sont des groupements désormais assimilables à des mutuelles [inter]professionnelles ou à recrutement général. Leurs prestations d'hospitalisation par personne protégée sont encore les plus élevées du secteur (tableau 6).

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 ne gère que des risques courts (moins d'un an), c'est-à-dire essentiellement le risque maladie ;
- les **caisses autonomes** mutualistes gèrent les risques longs (au-delà d'un an) ;
- les **réalisations sociales** gèrent 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 3 fédérations nationales.

Le rôle principal de la mutualité est de verser des **prestations complémentaires de maladie** (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 salaires). 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 terme 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**, 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 et 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, et qui devraient être précisées sur le plan comptable par décret.

vement. Les fédérations assurent notamment la coordination et la représentation de tous les groupements auprès des pouvoirs publics. 4 mutuelles sur 5 adhèrent en 1999 à au moins une union, une mutuelle sur 5 adhérant par ailleurs à une seconde union. Enfin, 9 mutuelles sur 10 adhèrent à l'une des 3 fédérations nationales. Le secteur emploie en outre 63 300 salariés, et couvre 32 millions de personnes protégées (encadré 3).

Près de 9 milliards d'euros de prestations versées en 1999, dont plus de 8 milliards pour la branche maladie

L'ensemble des groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées a versé en 1999 l'équivalent de 8,9 milliards d'euros de prestations (soit 0,66 % du PIB), dont 8,3 milliards pour la branche maladie. La différence est constituée par des prestations de prévoyance, d'aide sociale ou des prestations sociales particulières en nature ou en espèces (tableau 2). Afin de couvrir ces prestations, le secteur perçoit de la part de ses bénéficiaires 10,5 milliards d'euros de cotisations. Le ratio prestations/cotisations de l'ensemble du secteur de la mutualité française s'est donc élevé en 1999 à 0,85 euro versé pour 1 euro perçu.

Les prestations maladie sont constituées pour plus des trois quarts de dépenses d'honoraires et de prescriptions (6,9 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 occupe à elle seule 38 % des remboursements des mutuelles sur le poste « honoraires & prescriptions » et près de 30 % de l'ensemble des prestations. Enfin, les

prestations qu'elles versent en matière de soins dentaires dépassent largement le milliard d'euros, soit 13 % de l'ensemble.

En revanche, les dépenses d'hospitalisation prises en charge par les mutuelles, largement couvertes par la Sécurité sociale, sont cinq fois moins élevées que les dépenses d'honoraires et prescriptions. Elles s'élèvent à

1,3 milliard d'euros, dont plus d'un tiers pour le seul remboursement du forfait journalier.

7,3 % du financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux

Avec 8,3 milliards d'euros en 1999 pour la branche maladie, le sec-

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 1^{re} réforme du Code de la mutualité, conjointement avec la DSS (Direction de la Sécurité sociale), le SESI (Service statistique du ministère chargé de la santé), la FNM (Fédération nationale de la mutualité française) et l'INSEE (l'enquête alimentant la branche Assurances des Comptes nationaux). Elle a été diffusée pour la première fois en 1987.

Cette enquête est gérée et traitée par la DREES ; les DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) en reçoivent également un exemplaire.

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

La présente étude porte sur les 1 295 groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées (tableau 1), c'est-à-dire l'ensemble du secteur en 1999, hors les mutuelles de moins de 3 500 personnes protégées qui représentent une part infime de l'activité mutualiste. 1 110 groupements ont répondu à l'enquête. Le montant total des prestations versées en 1999 inclut le montant estimé pour les 185 groupements non-répondants, qui sont constitués en majeure partie de groupements à faible activité (2,1 % du total des prestations et 2,4 % du total des cotisations). En outre, la structure moyenne des différentes natures de prestations a été appliquée à ces groupements, ainsi qu'aux 84 groupements ayant renseigné leurs prestations sans les ventiler, pour un montant total de 0,36 milliard d'euros (soit 4 % de l'ensemble).

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

Catégorie de groupement mutualiste	Nombre de groupements	En %
Mutuelle à recrutement général	212	16,4
Mutuelle autre nature	207	16,0
Mutuelle d'entreprise ou d'(inter)entreprise	163	12,6
Mutuelle professionnelle ou (inter)professionnelle	153	11,8
Mutuelle accidents scolaires ou sportifs	97	7,5
Mutuelle de fonctionnaires	79	6,1
Caisse chirurgicale	18	1,4
Mutuelles	929	71,7
Union départementale	156	12,0
Union locale ou régionale	151	11,7
Union nationale	56	4,3
Unions	363	28,0
Fédération nationale	3	0,2
Fédérations	3	0,2
Ensemble	1 295	100

Champ : 1 295 groupements de plus de 3 500 personnes protégées.
Source : DREES.

teur mutualiste participe à hauteur de 7,3 % 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 76,7 %, les ménages pour 11,2 % (sans tenir compte de leurs cotisations aux groupements mutualistes), les 4,9 % restants étant le fait

des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance³.

En plus des prestations, les groupements mutualistes gèrent près de 1 600 réalisations sociales

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, centre de vacances, etc. (encadré 1).

Ce type d'activité est fortement concentré. Ainsi, plus des trois quarts des groupements ne possèdent aucune réalisation sociale ; 10 % en gèrent une ou deux ; les 14 % restants en dirigent plus de trois. 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 rassemblent près de 60 % des œuvres sociales.

Le chiffre d'affaires total des « réalisations sociales » a atteint 1,75 milliard d'euros en 1999. Elles sont globalement à l'origine d'une activité très légèrement déficitaire : leurs résultats agrégés, qui cumulent résultats d'exploitation, financier et exceptionnel diminués des impôts sur les bénéfices (encadré 4) ont été en 1999 négatifs à hauteur de 5 millions d'euros. Les centres d'optique, qui représentent plus du quart des réalisations, se distinguent toutefois par leur résultat excédentaire (tableau 3).

Ces résultats dépendent en outre des structures au sein desquelles ces réalisations sociales sont gérées. Ils sont ainsi globalement excédentaires lorsqu'elles sont gérées par des groupements qui ne versent pas de prestations, pour l'essentiel des unions. En revanche, les réalisations sociales gérées par des groupements qui versent aussi des prestations apparaissent globalement déficitaires,

E•3

63 300 salariés au service de 32 millions de personnes protégées

Le secteur mutualiste emploie 63 300 salariés, qui travaillent à temps complet ou partiel pour l'ensemble des groupements. En équivalent temps plein, on dénombre environ 56 000 salariés. Dans cet ensemble, les réalisations sociales emploient 29 100 salariés (24 700 en équivalent temps plein), soit près de la moitié des effectifs totaux du secteur.

Le nombre total de personnes protégées par l'ensemble des groupements représente près de 3 fois la population française : bien évidemment, ces déclarations comprennent des doubles voire des triples comptes, certains bénéficiaires étant couverts par plusieurs organismes (notamment les enfants). Mais surtout, il existe des recouvrements de personnes protégées entre les mutuelles, les unions et les fédérations.

Les seules mutuelles versant des prestations couvrent 52 millions de personnes protégées, pour 34 millions de personnes cotisantes. En restreignant le champ à l'ensemble des mutuelles hors accidents scolaires et versant des prestations, au nombre de 635, on dénombre 42 millions de personnes protégées (70 % de la population), dont 26 millions de personnes cotisantes.

Enfin, en ne retenant, parmi les mutuelles hors accidents scolaires, que celles proposant des garanties complémentaires à l'assurance maladie de la Sécurité sociale, on dénombre environ 32 millions de personnes protégées.

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

en millions d'euros

Type de prestation	Montant	En %
Pharmacie	2 627,7	29,6
Honoraires médicaux (y.c. frais de déplacement)	1 634,8	18,4
Soins dentaires	1 163,9	13,1
Optique	666,6	7,5
Autres : analyses, actes d'auxiliaires médicaux, orthopédie	801,7	9,0
Total Honoraires & Prescriptions	6 894,7	77,6
Forfait journalier	441,7	5,0
Ticket modérateur des journées et actes	320,5	3,6
Frais de séjour	219,2	2,5
Autres, dont honoraires & prescriptions d'hospitalisation	305,9	3,4
Total Hospitalisation	1 287,4	14,5
Autres prestations de soins de santé	133,7	1,5
Total Maladie	8 315,7	93,6
Aides ménagères & à la famille, allocations maternité, etc.	133,1	1,5
Total Aide sociale	133,1	1,5
Indemnités journalières maladie	117,0	1,3
Prestations décès, vieillesse & invalidité	129,3	1,5
Total Prévoyance	246,3	2,8
Autres prestations sociales	188,6	2,1
Total des prestations sociales versées	8 883,7	100

Champ : ensemble des 1 295 groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées.
Source : DREES.

3. Annie FÉNINA : « Les Comptes de la santé en 2000 », Études et Résultats n° 132, août 2001, DREES.

dans la mesure où leurs pertes pouvaient encore en 1999 être compensées par les autres activités de la structure.

Le nouveau Code de la mutualité⁴ affirme toutefois, en vertu du principe de spécialité (encadré 1), la séparation des activités entre la gestion des prestations et celle des réalisations sociales, le cumul des deux activités n'étant autorisé qu'à titre accessoire⁵. 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 2002, et l'on peut s'attendre à une recombinaison des structures et de la gestion des réalisations sociales, qui pourrait avoir des conséquences sur leur rentabilité financière.

Près d'un milliard d'euros au titre de la réassurance, auprès d'une cinquantaine d'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.

En réalité, une cinquantaine d'unions seulement couvre la quasi-totalité de la réassurance du secteur mutualiste (24 unions départementales, 19 unions régionales et 8 unions

nationales, chaque catégorie intervenant pour le tiers environ). Ces dernières versent 857 millions d'euros de prestations de réassurance et perçoivent 960 millions d'euros de cotisations.

Ce sont de loin les mutuelles dites d'« autre nature »⁶ qui se réassurent le plus : elles totalisent plus de la moitié de la réassurance du secteur (plus de 500 millions d'euros de remboursements de réassurance pour 730 millions de cotisations versées aux réassureurs). Viennent ensuite les mutuelles à recrutement général, mais pour des niveaux cinq fois moins élevés.

Ce sont les mutuelles de fonctionnaires et les caisses chirurgicales qui éprouvent en moyenne le moins le besoin de se réassurer.

T 03 répartition et résultats des 1 580 réalisations sociales en millions d'euros

Types de réalisation sociale	En %	Résultat
Centres d'optique	28	24,1
Ciniques dentaires	21	-1,0
Autres établissements sanitaire ou social	16	-8,0
Centres de vacances ou de loisirs	7	1,2
Centres d'appareillage et de prothèses	7	0,1
Maisons de retraite	5	-2,6
Pharmacies d'officine	4	-0,4
Dispensaires ou centres de soin (dont radiologie)	4	-11,6
Services de soins infirmiers à domicile	4	0,7
Autres services hors sanitaire et social	4	-7,7
Non renseigné : 94 réalisations sociales	-	-
Ensemble	100	-5,1

Champ : 1 295 groupements de plus de 3 500 personnes protégées.
Source : DREES.

E•4

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 devrait subir 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'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**.*

4. Ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001.

5. Les conditions prudentielles exactes devraient être précisées par décret.

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

À peine 5 % des groupements versent la moitié des prestations

Parmi les 1 295 groupements couvrant plus de 3 500 personnes protégées,

près d'un quart, essentiellement des unions, ne versent pas de prestations, alors qu'ils gèrent près de la moitié des réalisations sociales.

689 groupements, dont l'essentiel

sont des mutuelles hors accidents scolaires, versent 94 % des prestations maladie qui dépendent du secteur ; dans cet ensemble, 101 groupements ne traitent que la branche maladie.

Par ailleurs, 386 groupements (soit 30 % de l'ensemble) versent des prestations de tous les types (maladie, prévoyance et aide sociale) et dont l'essentiel sont des mutuelles, génèrent à eux seuls 6,2 milliards d'euros de prestations et perçoivent 7,1 milliards d'euros de cotisations, soit 70 % de l'activité totale du secteur.

T
•04

concentration du secteur mutualiste

Montant des prestations versées par les groupements en 1999	Nombre de groupements	Nombre moyen de personnes protégées	Ratio Prestations/Cotisations
Inférieur à 18,6 millions d'euros	695	64,4 milliers	0,79
Entre 18,6 et 42 millions d'euros	77	268,1 milliers	0,85
Entre 42 et 155 millions d'euros	33	390,1 milliers	0,89
Supérieur à 166 millions d'euros	6	1 128,8 milliers	0,89

Les 4 catégories du tableau sont déterminées de façon à ce que chacune assure 25 % de l'ensemble des prestations.
Indices de Gini : 0,79 pour les prestations sur cet ensemble (0,85 sur les 1 110 groupements) ; 0,81 pour les effectifs des personnes protégées.
Champ : ensemble des 811 groupements versant des prestations.
Source : DREES.

T
•05

totaux des masses de cotisations et prestations par catégorie de groupement

Catégorie de groupement mutualiste	Effectif	Personnes protégées	Personnes cotisantes	Ensemble des cotisations	Ensemble des prestations	Ratio P/C	Prestations de maladie
Mutuelles de fonctionnaires	69	9,3	5,9	3 244,6	2 949,6	0,91	2 582,9
Mutuelles (inter)professionnelles	127	8,0	5,3	2 392,0	2 037,0	0,85	1 983,5
Mutuelles à recrutement général	171	5,9	4,2	1 676,5	1 360,1	0,81	1 314,4
Mutuelles d'(inter)entreprises	138	2,7	1,7	774,8	714,2	0,92	683,3
Caisses chirurgicales	17	1,7	1,3	487,0	425,8	0,87	415,1
Mutuelles autre nature	21	0,5	0,3	20,7	12,2	0,59	9,6
Mutuelles accidents scolaires ou sportifs	89	8,7	6,1	20,7	10,9	0,53	4,6
Unions départementales	29	5,6	4,1	449,2	381,2	0,85	373,3
Unions locales ou régionales	20	5,3	3,0	307,8	250,1	0,81	236,8
Unions nationales	8	1,6	1,3	196,3	170,2	0,87	154,3
Ensemble	689	49,2	33,2	9 569,5	8 311,4	0,87	7 757,8

Les chiffres relatifs au nombre de personnes protégées ou cotisantes sont exprimés en millions.
Champ : 689 groupements versant des prestations maladie (94 % de l'activité totale du secteur versant des prestations maladie).
* Incluant les frais liés à la gestion des réalisations sociales affiliées et des régimes obligatoires.
Source : DREES.

T
•06

moyennes des différentes prestations et autres postes

Catégorie de groupement	Cotisations	Prestations	Maladie	Prévoyance	Aide sociale	Honoraires	Soins dentaires
Mutuelles de fonctionnaires	347,6	316,0	276,7	14,3	8,0	53,6	45,5
Mutuelles (inter)professionnelles	298,2	254,0	247,3	3,1	2,4	49,3	31,7
Mutuelles à recrutement général	284,8	231,1	223,3	3,0	1,5	43,5	26,5
Mutuelles d'(inter)entreprises	290,5	267,8	256,2	4,6	3,6	49,2	42,9
Caisses chirurgicales	293,6	256,7	250,2	2,6	1,0	46,1	26,0
Mutuelles autre nature	40,2	23,7	18,7	0,3	1,0	3,3	1,1
Mutuelles scolaires	2,4	1,2	0,5	0,5	0,1	0,0	0,1
Unions départementales	80,5	68,3	66,9	1,1	0,4	16,1	7,3
Unions locales ou régionales	58,1	47,2	44,7	1,0	0,3	8,5	5,6
Unions nationales	125,3	108,6	98,5	3,2	1,1	18,3	14,2

Note : les moyennes par personne cotisante s'obtiennent en divisant les montants des tableaux 5 et 6 par les effectifs des personnes cotisantes fourni dans le tableau 5.
Champ : 689 groupements versant des prestations maladie (94 % de l'activité totale du secteur versant des prestations maladie).
Source : DREES.

L'activité des groupements qui versent des prestations est donc particulièrement concentrée : 14 % des organismes sont en 1999 à l'origine de trois quarts des prestations. Par ailleurs, 39 groupements, soit moins de 5 % de l'ensemble, en réalisent à eux seuls la moitié (tableau 4).

Enfin, on peut noter que les six groupements les plus importants (la Mutuelle générale de l'Éducation nationale – MGEN, la Mutuelle générale des postes – MG, la Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé, la Mutuelle générale du personnel des collectivités locales, Préviade mutuelle et la Mutuelle nationale médico-chirurgicale)

dentaire) versent autant de prestations, soit un quart du total, que les 695 plus petits.

Près de trois quarts de contrats individuels à adhésion facultative

Près des deux tiers des groupements qui versent des prestations ont fourni une information statistique sur les contrats correspondants, couvrant plus des trois quarts des prestations : 11 % des prestations sociales (en nature et en espèces) sont ainsi liées à des contrats collectifs à adhésion obligatoire, 16 % à des contrats collectifs à adhésion facultative et enfin 73 % à des contrats individuels à adhésion facultative.

Cette répartition globale recouvre toutefois de nettes différences : la proportion des prestations liées aux contrats individuels est de 38 % pour les mutuelles dites d'« autre nature », mais elle atteint 52 % pour les mutuelles professionnelles, 59 % pour les mutuelles d'entreprises, 64 % pour les caisses chirurgicales, 71 % pour les mutuelles à recrutement général, 94 % pour les mutuelles de fonctionnaires et près de 100 % pour les mutuelles scolaires.

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

Le montant total des prestations versées par les groupements traitant la branche maladie varie considérablement en fonction de la nature du groupement : de 11 millions d'euros pour les mutuelles scolaires à presque 3 milliards d'euros pour les mutuelles de fonctionnaires. L'amplitude est similaire en ce qui concerne les cotisations (tableau 5).

Ce sont bien sûr les 89 mutuelles d'accidents scolaires ou sportifs, intervenant en général en sur couverture d'une mutuelle généraliste, qui versent les montants de prestation les

plus faibles par personne protégée : environ 1 euro en moyenne en 1999 (tableau 6). De ce fait, leur ratio prestations/cotisations est faible (0,53).

Les 21 mutuelles dites d'« autre nature » ont également un ratio prestations/cotisations assez faible (0,59), mais elles sont à l'origine d'un montant de prestations plus élevé (24 euros par personne protégée).

Les trois types d'unions se placent dans une position intermédiaire en ce qui concerne les montants moyens versés par personne protégée (entre 47 et 109 euros selon le type d'union), avec un ratio prestations/cotisations sensiblement plus élevé (entre 0,81 et 0,87).

Ce sont donc surtout les cinq autres catégories de mutuelles (entreprises, professionnelles, fonctionnaires, à recrutement général et caisses chirurgicales) qui versent *in fine* des prestations supérieures à 230 euros par an et par personne protégée.

Les mutuelles de fonctionnaires versent le plus de prestations, mais perçoivent les cotisations les plus élevées du secteur

Parmi ces dernières, ce sont les mutuelles de fonctionnaires qui versent en moyenne les prestations les plus élevées par personne protégée (316 euros), et qui perçoivent aussi les cotisations les plus importantes de leurs bénéficiaires : 348 euros par personne protégée (tableau 6). Ce sont les mutuelles à recrutement général qui en versent le moins (231 euros, pour 285 euros de cotisations).

Ces montants sont évidemment plus élevés si on les rapporte non pas aux personnes protégées mais aux seuls cotisants : on compte en effet en moyenne au sein de ces groupements 2 personnes cotisantes pour 3 personnes protégées, et les prestations versées par cotisant varient alors en moyenne entre 326 euros pour les mutuelles à recrutement général et 500 euros pour les mutuelles de fonctionnaires.

en millions d'euros

Prestations de prévoyance	Prestations d'aide sociale	Frais de gestion*
133,8	75,1	846,9
24,8	19,0	369,6
17,4	8,9	351,2
12,3	9,5	88,8
4,3	1,6	67,4
0,2	0,5	7,6
3,9	0,5	13,8
6,2	2,2	332,5
5,5	1,8	157,7
5,0	1,7	45,7
213,5	120,8	2 281,2

en euros et par personne protégée

Pharmacie	Optique	Hospitalisation
84,6	22,9	38,2
78,7	19,9	40,4
77,0	15,8	35,5
77,5	26,6	32,5
86,3	16,0	48,4
4,8	1,0	1,4
0,0	0,1	0,2
19,8	4,3	13,1
13,0	3,2	8,4
29,3	10,0	15,5

Proportionnellement aux cotisations perçues, ce sont les mutuelles d'entreprises ou interentreprises ainsi que les mutuelles de fonctionnaires qui versent le plus de prestations par euro perçu (ratio prestations/cotisations = resp. 0,92 et 0,91) et, si l'on met à part les mutuelles scolaires et les unions, ce sont les mutuelles à recrutement général qui en versent relativement le moins (ratio prestations/cotisations = 0,81).

Des fonds propres et des réserves dans l'ensemble importants

Afin de préserver la viabilité des groupements, le Code de la mutualité fixe des règles prudentielles précises permettant notamment d'évaluer leur situation financière. Une batterie d'indicateurs, actuellement en cours de révision suite à la parution du nouveau code, permet ainsi de repérer et de suivre d'éventuels écarts par rapport aux normes fixées.

Le fonds de réserve, qui atteint près de 2,8 milliards d'euros en 1999, représente un tiers exactement du total des prestations de l'année précédente. Il s'agit d'un niveau inférieur au seuil prévu par le Code de la mutualité de 1985 (75 %), mais il faut noter que ce fonds de réserve n'existe

plus dans le nouveau code de 2001. Il est en effet remplacé par un fonds de garantie, d'un montant minimal de 1,5 millions d'euros, qui conditionne l'agrément, et doit représenter un tiers de l'exigence minimale de marge de solvabilité.

Les engagements réglementés, constitués par les anciens fonds de réserve, les provisions pour prestations à payer et les cotisations perçues d'avance devaient aussi en 1999 être couverts par un nombre d'actifs limitativement énumérés, à savoir les valeurs mobilières et les disponibilités. En 1999, les premiers s'élèvent à 5,25 milliards d'euros et les seconds à 7,2 milliards d'euros, soit *in fine* une très large couverture (137 %), comparable à celle constatée en 1997 (136 %).

En revanche, les réserves libres des groupements apparaissent très élevées : d'un montant de 4,3 milliards d'euros, elles représentent en 1999 plus de la moitié à la fois des fonds propres et des réserves totales, et elles ont surtout augmenté de 28 % en 4 ans (3,35 milliards d'euros en 1996).

Au total, les fonds propres des groupements, d'une valeur de 8,3 milliards d'euros en 1999, représentent 82 % du total des cotisations perçues (le seuil minimal exigé par

le Code de la mutualité de 1985 est de 10 % ; il est de 16 ou 18 % dans les directives européennes en cours de transposition, en fonction de l'importance du groupement). La marge de solvabilité globale du secteur, constituée de l'ensemble des fonds propres et, à hauteur de 50 % de son montant, d'emprunts subordonnés à durée indéterminée (titres participatifs, etc.) apparaît donc très importante.

Le ratio réserves totales/prestations versées qui en 1999 atteint 0,875 pour l'ensemble du secteur mutualiste (0,84 dans l'ensemble des groupements effectuant des prestations), est toutefois variable en fonction du type de mutuelles :

- les mutuelles dites d'« autre nature » et les mutuelles scolaires ont des réserves respectivement 4 et 7 fois plus importantes que leurs niveaux de prestations ;
- les mutuelles de fonctionnaires couvrent entièrement leurs prestations (ratio exact : 1,02) ;
- les autres mutuelles ont un rapport situé entre 0,64 pour les mutuelles d'entreprises et 0,76 pour les mutuelles professionnelles ;
- les unions nationales ont un ratio sensiblement plus faible (0,51).

Un résultat d'exploitation légèrement négatif, pour un résultat global excédentaire de 369 millions d'euros

Le secteur mutualiste présente un résultat global excédentaire de 369 millions d'euros en 1999, soit 3,6 % du montant total des cotisations perçues (encadré 4 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 légèrement négatif à hauteur de 64 millions d'euros. Ce sont donc les résultats financiers, solde entre les produits et les charges financiers (389 millions d'euros), et par ailleurs

T 07 totaux des différents résultats

en millions d'euros

Type de résultat	Groupements		Total
	versant des prestations	ne versant pas de prestations	
Effectif	811	299	1 110
Résultat d'exploitation	-86,2	21,8	-64,4
Résultat des opérations en commun*	35,5	-3,4	32,1
Résultat financier	384,0	4,6	388,6
Résultat exceptionnel	20,8	0,9	21,7
Impôts sur les bénéfices	8,3	0,5	8,8
Résultat global	345,8	23,4	369,2

Champ : 1 110 groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées (98 % du secteur).

* Ce poste ne concerne presque exclusivement que les unions et fédérations, pour leurs opérations en commun.

Source : DREES.

T effectifs et part des groupements présentant un résultat excédentaire**08**

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	187	143	3	78
Mutuelles autre nature	168	53	59	67
Mutuelles d'(inter)entreprises	148	93	1	64
Mutuelles (inter)professionnelles	136	106	2	79
Mutuelles accidents scolaires ou sportifs	93	82		88
Mutuelles de fonctionnaires	72	49	néant	68
Caisses chirurgicales	17	14		82
Unions départementales	133	35	71	80
Unions locales ou régionales	105	21	51	69
Unions nationales	48	9	25	71
Fédérations nationales	3	0	2	67
Total	1 110	605	214	74

Champ : 1 110 groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées.
Source : DREES.

fluctuants d'une année sur l'autre, qui assurent en 1999 le résultat global positif du secteur.

La situation apparaît en outre contrastée en fonction de l'activité des groupements : une perte d'exploitation de 86 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 affichent un résultat d'exploitation excédentaire de 22 millions d'euros. À la différence des premiers, leur résultat financier est toutefois quasiment nul.

À l'issue de l'exercice 1999, 26 % des groupements ont un résultat glo-

bal négatif (tableau 8). Cet indicateur varie évidemment en fonction du type du groupement : ce sont les mutuelles scolaires et les caisses chirurgicales qui sont les moins fréquemment en déficit, tandis que les mutuelles d'entreprises, de fonctionnaires et celles d'« autre nature » le sont le plus souvent (plus de 30 % des groupements).

Des situations contrastées en termes de résultats et de frais de gestion

Avec un résultat global moyen égal à 1,6 million d'euros, contre un million d'euros en moyenne pour l'ensemble du secteur (tableau 9), ce sont les groupements versant des prestations qui témoignent *a priori* de la meilleure santé économique.

Les mutuelles de fonctionnaires ont un résultat global moyen de 12,7 millions d'euros, ce qui en fait de loin les groupements les plus bénéficiaires. Trois autres catégories de mutuelles affichent un résultat global moyen supérieur au million d'euros : les mutuelles [inter]professionnelles (2,2 millions d'euros par groupement en moyenne), les

caisses chirurgicales (1,3 million d'euros) et les mutuelles à recrutement général (1,1 million d'euros). En revanche, les autres types de groupements ont des résultats globaux inférieurs à la moyenne du secteur, et souvent assez faibles.

Enfin, si les mutuelles de fonctionnaires ont à la fois les résultats globaux et les résultats financiers les plus positifs du secteur, elles ont *a contrario* les résultats d'exploitation les plus défavorables (tableau 9).

L'ensemble des frais de gestion, qui incluent ceux liés à la gestion des réalisations sociales mais également à celle des régimes obligatoires⁷, varient de 7,6 millions d'euros pour les mutuelles dites d'« autre nature » à 847 millions pour les mutuelles de fonctionnaires (tableau 5). Lorsque l'on rapporte ces frais de gestion au chiffre d'affaires⁸, ce sont les mutuelles scolaires et les mutuelles autre nature qui ont le ratio le plus élevé (0,63), tandis que les mutuelles professionnelles et d'entreprises ainsi que les caisses chirurgicales ont le niveau de frais le plus faible (entre 0,10 et 0,14), les mutuelles de fonctionnaires se situant dans la moyenne du secteur (0,20). ●

7. Les frais de gestion sont composés des salaires & traitements versés, des charges sociales, des impôts & taxes, et des consommations de l'exercice en provenance des tiers.

8. Le chiffre d'affaires est constitué des cotisations, des ventes de marchandises, de la production vendue, des produits divers de gestion courante et des autres produits : il prend donc en compte l'activité globale du groupement [prestations sociales et/ou production de la (des) réalisation(s) sociale(s) et/ou gestion d'un régime obligatoire].

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	Résultat financier	Résultat exceptionnel	Résultat global	Moyenne* du résultat global par groupement
Mutuelles à recrutement général	187	10,7	1,0	43,7	2,2	56,9	1,06
Mutuelles autre nature	168	0,8	0,9	9,2	1,8	12,4	0,16
Mutuelles d'(inter)entreprises	148	-11,6	-0,1	19,1	8,3	15,4	0,35
Mutuelles (inter)professionnelles	136	8,6	0,0	100,3	-5,0	101,1	2,20
Mutuelles de fonctionnaires	72	-69,6	0,8	158,3	-2,5	85,5	12,66
Mutuelles accidents scolaires ou sportifs	93	-5,0	-0,1	5,0	0,5	0,3	-0,53
Caisses chirurgicales	17	0,8	-0,1	13,8	12,9	27,1	1,27
Unions départementales	133	27,0	-8,1	14,2	2,4	34,9	0,32
Unions locales ou régionales	105	2,2	0,0	6,0	-0,5	7,5	0,08
Unions nationales	48	11,1	-1,9	20,5	2,8	32,0	0,45
Fédérations nationales	3	-39,3	39,5	-0,6	-1,2	-1,7	-1,50
Ensemble	1 110					Moyenne du secteur	0,96

Champ : 1 110 groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées (98 % du secteur).

* Moyenne pondérée par le nombre de personnes protégées de chaque groupement.

Source : DREES.

Études et Résultats derniers numéros parus

- Éliane Michel, Éric Jouglu : « *La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998* », Études et Résultats n° 153, janvier 2002.
- Bénédicte Boisguérin et Claude Gissot : « *L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU – Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000* », Études et Résultats n° 152, janvier 2002.
- Synthèse des rapports de Daniel Szeftel, Annie Maguer, Françoise Volpini et Jacques Soria, par Bénédicte Boisguérin, Martine Burdillat et Claude Gissot : « *La mise en place de la CMU : une synthèse d'études qualitatives sur les premiers mois du dispositif* », Études et Résultats n° 151, janvier 2002.
- Laurence Assous : « *Les opinions des Français au début 2000 en matière d'âge de départ à la retraite* », Études et Résultats n° 150, décembre 2001.
- Christine de Peretti, Martine Wcislo et Jean-Marc Nadal : « *Les patients soignés pour infection à VIH en 1999 dans les services hospitaliers de court séjour* », Études et Résultats n° 149, décembre 2001.
- Dominique Demailly avec la collaboration d'Élisabeth Algava et Christel Gilles : « *Les allocataires des minima sociaux en 2000* », Études et Résultats n° 148, décembre 2001.
- Odile Mesnard : « *Les retraites en 2000* », Études et Résultats n° 147, décembre 2001.
- Sophie Audric : « *Les disparités de revenus et de charges des médecins libéraux* », Études et Résultats n° 146, novembre 2001.
- Annick Vilain et Xavier Niel : « *Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80 : davantage de débuts de carrière à l'hôpital* », Études et Résultats n° 145, novembre 2001.
- Marie Ruault : « *Aide sociale à l'enfance : quelle organisation dans les départements ?* », Études et Résultats n° 144, novembre 2001.
- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance au 30 juin 2001* », Études et Résultats n° 143, novembre 2001.
- Nathalie Dutheil : « *Les aides et les aidants des personnes âgées* », Études et Résultats n° 142, novembre 2001.
- Bénédicte Boisguérin : « *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 juin 2001* », Études et Résultats n° 141, octobre 2001.
- Bertrand Lhommeau : « *Les prestations familiales et de logement en 2000* », Études et résultats n° 140, octobre 2001.
- Jean-Pierre Dupuis : « *Les comptes de la protection sociale en 2000* », Études et Résultats n° 139, octobre 2001.
- Sandrine Dufour-Kippelen : « *Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution* », Études et Résultats n° 138, octobre 2001.
- Christel Gilles : « *La réforme de l'aide sociale aux États-Unis – Un bilan après 5 ans d'application* », Études et Résultats n° 137, septembre 2001.
- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance à domicile – L'évaluation des besoins par le plan d'aide* », Études et Résultats n° 136, septembre 2001.
- Michel Forsé et Maxime Parodi : « *Un panorama des opinions à l'égard de l'État-providence – Étude de l'enquête barométrique de la DREES – vague 1* », Études et Résultats n° 135, septembre 2001.
- Élisabeth Algava et Mathieu Plane : « *Vieillesse et protection sociale : une projection comparée pour six pays de l'Union européenne* », Études et Résultats n° 134, septembre 2001.
- Nelly Gouider : « *La conjoncture des établissements de santé publics et privés au premier trimestre 2001* », Études et Résultats n° 133, septembre 2001.

Pour obtenir *Études et Résultats*

Écrire au ministère de l'Emploi et de la solidarité, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 • Envoyer une télécopie au 01 40 56 88 00 • Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère www.sante.gouv.fr/htm/publication

Ministère de l'Emploi et de la solidarité

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/htm/publication



- un hebdomadaire :

Études et Résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopies : 01 40 56 81 40

01 40 56 88 00

www.sante.gouv.fr/htm/publication

- trois revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« L'administration sanitaire et sociale ;

autres thèmes : CMU, accidents du travail, hôpital »

n° 4, octobre-décembre 2001

Dossiers Solidarité et Santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« Études sociales », n° 3, juillet-septembre 2001

Cahiers de recherche de la MiRe

- des ouvrages annuels :

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

Données sur la situation sanitaire et sociale en France

- et aussi...

Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998

Indicateurs sociosanitaires comparaisons internationales - évolution 1980-1994 (Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne

STATISS, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr