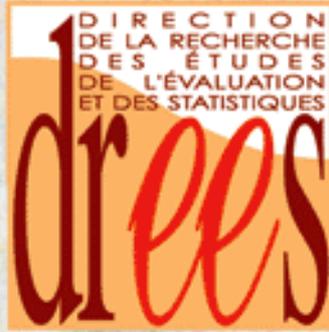




Ministère des affaires sociales,
du travail
et de la solidarité

Ministère de la santé,
de la famille
et des personnes handicapées



Études et Résultats

N° 299 • mars 2004

En 2001, les groupements mutualistes ont versé en France plus de 9 milliards d'euros de prestations (+ 2,9 % par rapport à 2000) et perçu près de 11 milliards de cotisations, en progression de 2,4 %. Si les dépenses d'honoraires et de prescriptions représentent toujours plus des trois quarts des prestations maladie servies, ce sont celles liées aux soins dentaires et à l'optique qui ont le plus augmenté (+7,2 %). Comme les années passées, à peine 5 % des groupements versent la moitié des prestations du secteur et les trois quarts des versements sont liés à des contrats individuels à adhésion facultative. Parmi les mutuelles dites "de santé", les mutuelles de fonctionnaires versent en moyenne davantage de prestations avec des cotisations plus élevées par personne protégée. Les réserves (8,5 milliards d'euros) et les fonds propres (8,9 milliards d'euros) de l'ensemble des groupements connaissent un léger fléchissement en 2001, dû pour l'essentiel à un abondement des provisions pour risques et charges, en hausse de 22 %. Leur marge de solvabilité n'en reste pas moins élevée, à hauteur de 82 % pour l'ensemble du secteur. Leur résultat global, après opérations financières, demeure légèrement excédentaire malgré un déficit d'exploitation qui s'accroît de 250 millions d'euros par rapport à 2000. Enfin, la rentabilité des mutuelles de santé continue globalement à diminuer avec une différenciation accrue suivant le type de groupements. En outre, les "réalisations sanitaires et sociales" gérées par les groupements, qui recouvrent divers services mutualistes, présentent en 2001 un résultat excédentaire de 19 millions d'euros pour un chiffre d'affaires stable par rapport à l'année précédente.

Philippe ROUSSEL

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

Les mutuelles en France : un panorama économique en 2001

Parmi l'ensemble des mutuelles, 1 171 groupements assurant chacun la protection de plus de 3 500 personnes réalisent en 2001 la totalité de l'activité mutualiste française en termes de couverture maladie complémentaire¹ (encadré 1). Dans la présente étude, les données utilisées sont fournies par les états réglementaires remplis par chaque groupement et rassemblés par la Drees (encadrés 2 et 3). À partir de 2002, une enquête statistique annuelle lancée par la Drees a d'abord concerné les groupements mutualistes, puis les institutions de prévoyance et enfin les sociétés d'assurance proposant des garanties complémentaires à l'assurance maladie. Elle permettra de mieux connaître l'ensemble de ces secteurs, les populations qu'ils couvrent et l'offre contractuelle qu'ils proposent.

Parmi ces 1 171 groupements, les mutuelles proprement dites représentent plus des trois quarts des effectifs d'ensemble (tableau 1). En particulier, 549

1. Le Code de la mutualité de 1985 distingue les petites mutuelles (ayant moins de 3 500 personnes protégées et ne gérant pas d'œuvres sociales) des autres groupements. Les petites mutuelles 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 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 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^{er} 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 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.

E•2

**L'état réglementaire
« État statistique annuel relatif aux
groupements mutualistes ayant plus
de 3500 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 statistique du ministère chargé de la Santé), 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	174	14,9
Mutuelle autre nature	190	16,2
Mutuelle d'entreprise ou d'inter-entreprise	154	13,2
Mutuelle professionnelle ou interprofessionnelle	148	12,6
Mutuelle accidents scolaires ou sportifs	94	8,0
Mutuelle de fonctionnaires	72	6,1
Caisse chirurgicale	13	1,1
MUTUELLES	845	72,2
Union départementale	149	12,7
Union locale ou régionale	122	10,4
Union nationale	52	4,4
UNIONS	323	27,6
Fédération nationale	3	0,3
FÉDÉRATIONS	3	0,3
Ensemble	1 171	100,0

Champ : ensemble des 1 171 groupements de plus de 3 500 personnes protégées, France entière.
Source : DREES, enquête 2001.

mutuelles « de santé » versent près de 90 % de l'ensemble des prestations (cf. tableau 5). Les mutuelles de fonctionnaires quant à elles ne représentent que 12 % des mutuelles « de santé », mais assurent la couverture du tiers des cotisants (et des personnes protégées). Le reste est composé de 190 mutuelles dites d'« autre nature », qui en général contractent elles-mêmes une assurance ou transfèrent la gestion de leurs prestations à une union, et de 94 mutuelles scolaires, qui interviennent en « surcouverture » d'une mutuelle généraliste.

Les unions, qui représentent 28 % 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 2001, quatre mutuelles sur cinq adhèrent à au moins une union, près d'une mutuelle sur quatre adhérant par ailleurs à une seconde union. Enfin, sept mutuelles sur dix adhèrent à l'une des trois fédérations nationales.

8,9 milliards d'euros de prestations maladie versées en 2001...

L'ensemble des groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées a versé en 2001 l'équivalent de 9,34 milliards d'euros de prestations, soit un montant en hausse de 2,9 % par rapport à celui atteint en 2000. Afin de couvrir ces prestations, le secteur perçoit de la part de ses sociétaires 10,9 milliards d'euros de cotisations, soit une hausse de 2,4 % par rapport à 2000, inférieure à celle des prestations versées. Le ratio prestations/cotisations de l'ensemble du secteur de la mutualité française s'est donc élevé en 2001 à 0,85 euro versé pour 1 euro perçu, soit un niveau très légèrement supérieur à celui atteint en 2000.

Pour leur part, les prestations versées au titre de la branche maladie sont en hausse de 3,1 % par rapport à 2000 et s'élèvent désormais à près de 8,9 milliards d'euros, soit plus de 95 % de l'ensemble des prestations, donnant ainsi aux autres types de prestations (prévoyance et aide sociale) un caractère relativement marginal (tableau 2).

Le secteur mutualiste participe ainsi à hauteur de 7,1 % 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 76,6 %, tandis que les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance y contribuent à hauteur de 4,9 % et les ménages de 11,4 % (sans tenir compte de leurs cotisations aux différents organismes complémentaires).

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

Les prestations maladie versées par les mutuelles sont constituées pour près de 80 % de dépenses d'honoraires et de prescriptions (7,4 milliards d'euros). Ceci s'explique par l'existence de plus faibles taux de remboursement de la part

E•3

Méthodologie adoptée pour l'année 2001

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 2001, on dénombre ainsi 1 171 groupements en activité sur l'ensemble du territoire, Dom inclus, soit 104 de moins qu'en 2000. Il faut noter toutefois qu'une soixantaine de mutuelles, qui ne répondent plus depuis 1996, ont été retirées de l'analyse (déjà en 2000, leur contribution estimée était tout à fait infinitésimale).

Par ailleurs, sur les 1 171 groupements existants, 1 026 ont répondu à cette enquête. Dans cet ensemble, 742 groupements versent des prestations et 284 n'en versent pas (essentiellement des unions et des mutuelles « autre nature »). Les 145 groupements n'ayant pas répondu sont estimés, en les reliant d'abord à des groupements de même nature et de même niveau de prestation ayant répondu à l'enquête, puis en leur attribuant des niveaux théoriques de prestation en fonction des niveaux connus des années passées. 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 254 millions d'euros, soit 2,7 % de l'ensemble des prestations. Au final, les 1 171 groupements sont constitués de 826 groupements versant des prestations (dont 84 estimés) et 345 groupements ne versant pas de prestations (dont 61 estimés).

En outre, la structure moyenne des différentes natures de prestations a été appliquée aux groupements ayant renseigné leur montant total de prestations sans les ventiler, pour un montant total de 515 millions d'euros (soit 5,5 % de l'ensemble).

T•02 montants et structure des prestations de l'ensemble des groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées
Montants en millions d'euros

Type de prestation	Montant	En %
Pharmacie	2 900,7	31,1
Honoraires médicaux (y.c. frais de déplacement)	1 605,7	17,2
Soins dentaires	1 253,8	13,4
Optique	799,4	8,6
Autres : analyses, actes d'auxiliaires médicaux, orthopédie	875,6	9,4
Total - Honoraires & Prescriptions	7 435,2	79,6
Forfait journalier	456,4	4,9
Ticket modérateur des journées et actes	325,9	3,5
Frais de séjour	229,0	2,5
Autres, dont honoraires & prescriptions d'hospitalisation	313,3	3,4
Total - Hospitalisation	1 324,7	14,2
Autres prestations de soins de santé	137,0	1,5
TOTAL MALADIE	8 896,9	95,3
Aides ménagères & à la famille, allocations maternité, etc.	112,6	1,2
TOTAL AIDE SOCIALE	112,6	1,2
Indemnités journalières maladie	145,5	1,6
Prestations décès, vieillesse & invalidité	128,3	1,4
TOTAL PRÉVOYANCE	273,8	2,9
AUTRES PRESTATIONS SOCIALES	56,7	0,6
Total des prestations sociales versées	9 340,0	100,0

Champ : ensemble des 826 groupements mutualistes versant des prestations, France entière.
Source : DREES, enquête 2001.

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 39 % des remboursements des mutuelles sur le poste « honoraires et prescriptions » et 31 % de l'ensemble des prestations. Enfin, avec une hausse de 7,2 %, les versements effectués en matière de soins dentaires et d'optique ont nettement augmenté par rapport à 2000. Ils représentent désormais 22 % de l'ensemble des prestations, soit une hausse de 1 point par rapport à 2000 et de 6 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, qui s'élève à environ 1,3 milliards d'euros, est en légère diminution par rapport à l'année 2000, en raison d'une diminution de près de 5 % des prestations versées pour la prise en charge du ticket modérateur et d'une relative stagnation des autres postes (forfait journalier, frais de séjour...).

La gestion de 1 605 réalisations sociales : des résultats en hausse

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 1 605 « réalisations sanitaires et sociales », qui sont des structures ayant en charge des services de nature diverse : cliniques, pharmacies mutualistes, centres de vacances... (encadré 1).

Comme en 2000, ces activités sont fortement concentrées. 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 82 % des œuvres sociales.

Le chiffre d'affaires total des « réalisations sociales » a atteint 1,9 milliards d'euros en 2001, soit le même niveau qu'en 2000. En revanche, ces réalisations dégagent en 2001 un résultat net global excédentaire de 19 millions d'euros, en forte hausse par rapport à 2000 où il était tout juste équilibré. Les centres d'optique, qui représentent près de 30 % des réalisations, se distinguent encore en 2001 par leur résultat largement excédentaire (tableau 3).

Ces résultats dépendent en outre des structures au sein desquelles ces réalisations sociales sont gérées. Les réalisations sociales détenues par les unions départementales ne versant pas de prestations obtiennent un résultat global excédentaire de 13 millions d'euros. Celles gérées par les unions départementales ayant aussi une activité de gestion de prestations dégagent un résultat excédentaire de 8,6 millions d'euros : à elles seules, les réalisations sociales des unions départementales obtiennent ainsi un résultat global excédentaire de près de 22 millions d'euros. En revanche, les réalisations détenues par les mutuelles de fonctionnaires, d'entreprises et les mutuelles professionnelles connaissent une perte globale de 1,3 millions ; de même, celles détenues par les mutuelles d'« autre nature » sont déficitaires à hauteur de 3,6 millions.

Le nouveau Code de la Mutualité² prévoit, en vertu du principe de spécia-

lité (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.

1,4 milliard d'euros au titre de la réassurance, dont 1,15 milliard après 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 couvrent la quasi-totalité de la réassurance du secteur mutualiste : elles versent 997 millions d'euros de prestations de réassurance et perçoivent 1,15 milliard d'euros de cotisations. Toutefois, tout comme en 2000, l'ensemble du secteur déclare verser pour 1,4 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 »³ sont de loin celles qui se réassurent le plus : elles totalisent plus de la moitié de la réassurance du secteur (458 millions d'euros de remboursements de réassurance pour 809 millions de cotisations versées aux réassureurs). Viennent ensuite les mutuelles à recrutement général, pour un montant de 348 millions d'euros de cotisations. Les mutuelles de fonctionnaires et d'entreprises ainsi que les caisses chirurgicales semblent par contre moins éprouver en moyenne le besoin de se réassurer.

4

T.03 répartition et résultats des 1 605 réalisations sociales en millions d'euros

Type de réalisation sociale	En %	Résultat
Centres d'optique	29,7	33,4
Cliniques dentaires (ou centres de consultation de soins dentaires)	21,2	-0,3
Autres établissements sanitaire ou social	14,0	-0,5
Centre d'appareillage et de prothèses	8,4	0,2
Centre de vacances ou de loisirs	3,8	-2,5
Maisons de retraite	4,4	-2,0
Pharmacies d'officine	4,0	2,2
Dispensaires ou centres de soins (dont radiologie)	3,9	-8,5
Services de soins infirmiers à domicile	4,4	0,2
Autres services hors sanitaire et social	4,8	2,4
Maisons de santé médicale, chirurgicale, obstétrique (cliniques)	1,4	-5,5
Ensemble	100,0	19,1

Champ : ensemble des 1 605 réalisations sociales, France entière.
Source : DREES, enquête 2001.

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

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

Comme en 2000, à peine 5 % des groupements versent la moitié des prestations

Parmi les 826 groupements versant des prestations et couvrant plus de 3 500 personnes protégées, les 549 mutuelles du pôle « santé » versent près de 88 % de l'ensemble des prestations du secteur ; dans cet ensemble, 40 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 2000, les groupements disparus en 2001 étant pour l'essentiel des groupements à faible activité. Elle devrait s'accroître avec les fusions ayant eu lieu en 2002.

Près des deux tiers des groupements qui versent des prestations ont par ailleurs fourni une information statistique sur la nature des contrats correspondants, couvrant près des trois quarts des versements effectués : 9,8 % des prestations sociales versées (en nature et en espèces) sont ainsi liées à des contrats collectifs à adhésion obligatoire, 15,7 % à des contrats collectifs à adhésion facultative et enfin 74,5 % à des contrats individuels à adhésion facultative, soit pour ces derniers une hausse de 1,5 point par rapport à 2000.

Les mutuelles de fonctionnaires 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 (309 euros), et qui perçoivent aussi les cotisations les plus importantes auprès de leurs bénéficiaires : 331 euros par personne protégée (tableau 5). Les mutuelles à recrutement général versent *a contrario* les montants les moins élevés (en moyenne 220 euros) et perçoivent également le niveau de cotisations le plus faible : en moyenne 273 euros par personne protégée.

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 2 personnes cotisantes pour 3 personnes protégées, et les prestations versées par cotisant varient alors en moyenne entre 313 euros pour les mutuelles à recrutement général et 458 euros pour les mutuelles de fonctionnaires. Ces dernières perçoivent les montants de cotisation parmi les plus élevés : en moyenne 490 euros par personne cotisante, contre 495 euros pour les mutuelles d'entreprises⁴.

Proportionnellement aux cotisations perçues, ce sont les mutuelles de fonctionnaires ainsi que les mutuelles d'entreprises qui versent le plus de prestations par euro perçu (ratio prestations/cotisations = resp. 0,93 et 0,91) 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 = 0,80, en baisse de 1 point par rapport à 2000) [tableau 6].

Des fonds propres et des réserves en légère baisse en 2001

En 2000, l'ensemble des groupements mutualistes avait obtenu un résultat global excédentaire de 181 millions d'euros. Contrairement aux années précédentes toutefois, cet excédent ne semble pas avoir été mis en réserve ; en effet, celles-ci s'élèvent en 2001 à 8,5 milliards d'euros, soit 100 millions de moins qu'en 2000.

Cette légère diminution des réserves s'explique par une recomposition du passif des mutuelles : alors que l'ensemble des dettes et comptes de régularisation demeure assez stable (hausse de moins de 1 %), les provisions pour risques et charges ont en revanche augmenté de 22 %, passant de 916 millions d'euros en 2000 à 1,12 milliard en 2001. Au total, l'excédent réalisé en 2000 a donc été consacré à la partie intermédiaire du passif du bilan, et notamment les provisions, sans contribuer directement à l'amélioration

T 04 concentration du secteur mutualiste

Montant des prestations versées par les groupements en 2001	Nombre de groupements	Nombre moyen de personnes protégées (en milliers)	Ratio Prestations/Cotisations
Inférieur à 21,5 millions d'euros	719	80	0,80
Entre 21,5 et 47 millions d'euros	70	314	0,86
Entre 47 et 165 millions d'euros	30	417	0,88
Supérieur à 165 millions d'euros	7	1 089	0,93

Les 4 catégories du tableau sont déterminées de façon à ce que chacune assure 25 % de l'ensemble des prestations.
Champ : ensemble des 826 groupements versant des prestations, France entière.
Source : Drees, enquête 2001.

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	331,5	309,4	284,2	490,1	457,5	420,2
Mutuelles (inter)professionnelles	316,1	271,2	263,5	460,7	395,3	384,2
Mutuelles à recrutement général	273,4	219,9	214,1	389,0	312,8	304,6
Mutuelles d'(inter-)entreprises	319,2	290,2	279,7	494,8	449,8	433,6
Caisses chirurgicales	315,6	276,8	275,0	428,5	375,9	373,4
Mutuelles autre nature	10,9	3,7	2,7	21,1	7,1	5,2
Mutuelles scolaires	3,4	0,6	0,2	4,6	0,9	0,3

Champ : ensemble des groupements versant des prestations maladie, hors unions et fédérations, France entière.
Source : Drees, enquête 2001.

4. Les mutuelles d'entreprises, confrontées en 2000 à un ratio P/C élevé (0,93), ont augmenté leurs cotisations en 2001 de 5,2 %, soit plus de deux fois le taux moyen constaté sur l'ensemble du secteur.

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 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 bénéficiaires 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.

ration des fonds propres. 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 2001 à 8,95 milliards d'euros, soit un niveau à peine inférieur à celui atteint en 2000.

Sur l'ensemble du secteur mutualiste, la marge de solvabilité, qui mesure le rapport des fonds propres aux cotisations, atteint donc 81,9 % en 2001, soit un niveau environ cinq fois supérieur au seuil minimal exigé dans le nouveau Code de la Mutualité de 2002, mais en recul de 2 points par rapport à 2000. En restreignant le champ aux seules mutuelles de santé, la marge de solvabilité s'élève à 72,8 %⁵, soit un niveau inférieur de 2,6 points à celui atteint en 2000.

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

Le secteur mutualiste présente un résultat global excédentaire de 84 millions d'euros en 2001, soit moins de 1 % du montant total des cotisations perçues (encadré 4 et tableau 7). Le résultat d'ex-

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
Mutuelles de fonctionnaires	68	10,10	6,83	3 347,7	3 124,7	0,93	2 870,0	170,3	67,8
Mutuelles (inter)professionnelles	148	8,63	5,92	2 727,6	2 340,4	0,86	2 274,2	44,9	13,7
Mutuelles à recrutement général	169	6,90	4,85	1 886,5	1 517,0	0,80	1 477,5	16,1	8,9
Mutuelles d'(inter-)entreprises	151	2,79	1,80	890,7	809,6	0,91	780,4	9,9	11,1
Caisses chirurgicales	13	1,48	1,09	467,1	409,7	0,88	407,0	1,1	0,9
Ensemble "mutuelles de santé"	549	29,90	20,49	9 319,5	8 201,4	0,88	7 809,1	242,3	102,4
Mutuelles autre nature	106	16,60	8,60	181,7	61,3	0,34	44,5	8,3	2,0
Mutuelles accidents scolaires ou sportifs	87	11,60	8,55	39,0	7,4	0,19	2,7	4,1	0,4
Unions départementales	43			623,4	512,1	0,82	499,6	8,0	3,2
Unions locales ou régionales	24	n.s.		352,0	264,3	0,75	255,1	6,1	1,9
Unions nationales	16			339,2	267,7	0,79	260,0	4,9	2,6
Fédération nationale	1	-	-	70,0	25,8	0,37	[1] 25,8	-	-
Total général	826	-	-	10 924,8	9 340,0	0,85	8 896,9	2 73,8	112,6

[1] imputation.

Champ : ensemble des 826 groupements versant des prestations, France entière.

Source : Drees, enquête 2001.

5. Et à 59,2 % 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 2001 et disposant par ailleurs d'une forte marge de solvabilité.

ploitation du secteur, qui mesure l'écart entre les produits et les charges d'exploitation de l'année, est quant à lui déficitaire à hauteur de 506 millions d'euros, soit environ 250 millions de plus qu'en 2000. Ce sont donc les résultats financiers, solde entre les produits et les charges financières, qui assurent une nouvelle fois en 2001 le résultat global positif du secteur : ceux-ci se sont en effet élevés à 409 millions d'euros, soit un niveau légèrement supérieur à celui atteint en 2000.

La situation apparaît en outre contrastée en fonction de l'activité des groupements : une perte d'exploitation de 514 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 7,5 millions d'euros. À la différence des premiers, leur résultat financier est toutefois très faible. À l'issue de l'exercice 2001, environ 30 % des groupements ont un résultat global négatif (tableau 8).

Enfin, tout comme en 2000, les mutuelles de fonctionnaires ont à la fois les déficits d'exploitation et les excédents financiers les plus élevés du secteur (resp. 406 et 240 millions d'euros), leur résultat global ayant de nouveau chuté de plus de 80 millions en 2001. À l'inverse, les mutuelles à recrutement général et celles d'« autre nature », de même que l'ensemble des unions, parviennent à stabiliser leur résultat global par rapport à 2000 (tableau 9).

Une rentabilité des mutuelles de santé qui continue globalement à diminuer

La rentabilité, définie ici par le rapport du résultat global au chiffre d'affaires global du groupement, atteint -0,1 % en 2001 au sein de l'ensemble des 549 mutuelles de santé, contre +1 % en 2000 et +2,8 % en 1999.

Au sein des mutuelles de santé, la rentabilité diffère évidemment en fonction du type de groupement : elle varie de -2,0 % pour les mutuelles de fonctionnaires à +2,0 % pour les mutuelles à recrutement général. Ces dispersions en

T 07 ensemble des différents résultats

en millions d'euros

Type de résultat	Groupements		Total
	versant des prestations	ne versant pas de prestations	
Effectif	826	345	1 171
Résultat d'exploitation	-513,7	7,5	-506,2
Résultat des opérations en commun (*)	115,8	-1,8	114,0
Résultat financier	396,0	13,0	409,0
Résultat exceptionnel	45,8	34,5	80,3
Impôts sur les bénéficiaires	12,1	0,9	13,0
Résultat global	31,8	52,3	84,1

(*) Ce poste ne concerne presque exclusivement que la MGEN et la FNMF.

Champ : ensemble des 1 171 groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées, France entière.

Source : Drees, enquête 2001.

T 08 groupements selon leur nature 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	174	121	4	72
Mutuelles autre nature	190	83	67	79
Mutuelles d'(inter-)entreprises	154	86	2	57
Mutuelles (inter)professionnelles	148	94	néant	64
Mutuelles accidents scolaires ou sportifs	94	70	6	81
Mutuelles de fonctionnaires	72	30	2	44
Caisses chirurgicales	13	10	néant	77
Unions départementales	149	37	77	77
Unions locales ou régionales	122	19	65	69
Unions nationales	52	11	25	69
Fédérations nationales	3	1	2	100
Total	1 171	564	248	69

Champ : ensemble des 1 171 groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées, France entière.

Source : Drees, enquête 2001.

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	174	-11,3	0,3	43,7	11,0	41,9
Mutuelles autre nature	190	10,5	2,8	15,5	-3,2	24,7
Mutuelles d'(inter-)entreprises	154	-17,1	-0,2	16,6	1,6	0,5
Mutuelles (inter)professionnelles	148	-39,3	0,7	52,4	7,3	18,0
Mutuelles de fonctionnaires	72	-405,9	73,7	240,3	18,7	-77,7
Mutuelles accidents scolaires ou sportifs	94	-4,6	0,0	1,2	0,1	-3,4
Caisses chirurgicales	13	-3,9	0,0	9,9	0,6	6,4
Unions départementales	149	6,0	-2,8	19,8	9,9	32,0
Unions locales ou régionales	122	6,6	0,0	5,6	1,6	13,6
Unions nationales	52	-10,4	-1,5	1,2	32,9	21,5
Fédérations nationales	3	-36,8	41,0	2,9	-0,3	6,6
Total	1 171	-506,2	114,0	409,0	80,3	84,1

Champ : ensemble des 1 171 groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées, France entière.

Source : Drees, enquête 2001.

termes de moyenne masquent évidemment quelques changements de nature plus structurelle (encadré 5). 62 % des mutuelles de santé obtiennent en 2001 une rentabilité positive (en moyenne +2,5 %), 29 % une rentabilité inférieure à -1% (en moyenne -5,5 %), les 9 % restants ayant une rentabilité intermédiaire (comprise entre -1% et 0).

Par ailleurs, 78 mutuelles, soit 14 % des mutuelles de santé, enregistrent en 2001 une marge de solvabilité inférieure⁶ à 20, soit un niveau très proche de celui exigé par la réglementation. Dans cette ensemble, 35 mutuelles obtiennent également une rentabilité négative (en moyenne -2,7 %). On trouve dans ce groupe 23 mutuelles professionnelles ou à recrutement général et 12 mutuelles d'entreprises ou de fonctionnaires.

En revanche, 134 mutuelles, soit près d'une mutuelle de santé sur quatre, cumulent rentabilité positive et marge de solvabilité supérieure à 60. Ce groupe est constitué de 48 mutuelles à recrutement général, 36 mutuelles professionnelles, 33 mutuelles d'entreprises, 14 mutuelles de fonctionnaires et 3 caisses chirurgicales. Par ailleurs, près de 70 % de ces mutuelles obtiennent à l'issue de leur exercice une rentabilité supérieure à 2 % (en moyenne +6,8 %).

E•5

La rentabilité des mutuelles de 1999 à 2001

En partageant la population des mutuelles de santé en quatre quartiles en fonction du niveau de rentabilité atteint une année donnée [quartile inférieur Q_1 , quartile immédiatement inférieur (resp. supérieur) à la médiane Q_2 (resp. Q_3) et enfin quartile supérieur Q_4], on constate entre 1999 et 2001 que près de 200 mutuelles de santé restent dans le même quartile de rentabilité d'une année sur l'autre, avec évidemment une baisse du niveau de la rentabilité (la médiane Q_2 valant près de 1,8 en 1999 et 0,7 en 2001), indiquant une stabilité de la situation d'un groupe important de mutuelles. Toutefois, d'un autre côté, environ 150 mutuelles connaissent un changement plus marqué à la hausse et autant à la baisse. Les effectifs importants de ces changements montrent la variabilité des situations individuelles des groupements mutualistes d'une année sur l'autre, variabilité sans doute liée aux décisions des groupements en termes de cotisations, placements financiers, gestion des provisions...

Ainsi on observe :

- en termes de hausse de rentabilité :

17 mutuelles passent du quartile Q_1 au quartile Q_4 ;

48 mutuelles passent du quartile Q_1 au quartile Q_3 ou de Q_2 à Q_4 ;

92 mutuelles augmentent d'un quartile (de Q_1 à Q_2 , de Q_2 à Q_3 ou de Q_3 à Q_4) ;

- en termes de baisse de rentabilité :

26 mutuelles passent du quartile Q_4 au quartile Q_1 ;

52 mutuelles passent du quartile Q_3 au quartile Q_1 ou de Q_4 à Q_2 ;

82 mutuelles diminuent d'un quartile (de Q_2 à Q_1 , de Q_3 à Q_2 ou de Q_4 à Q_3) ;

La baisse générale de la rentabilité se retrouve dans l'ampleur des mouvements puisque le nombre de mutuelles dont la rentabilité baisse d'au moins deux quartiles est plus important que celui des mutuelles dont la rentabilité augmente de deux quartiles.

Sans faire une analyse complète des différents groupes, il apparaît que la structure des deux groupes extrêmes est très différente. Au sein des 17 mutuelles qui augmentent le plus leur niveau de rentabilité par rapport à la structure globale de cette dernière dans la population, on ne trouve aucune mutuelle de fonctionnaires et presque exclusivement que des mutuelles d'entreprises de taille petite et moyenne (moins de 6 millions d'euros de prestations versées par mutuelle en moyenne) ou à recrutement général (7 millions).

En revanche, dans le groupe des 26 mutuelles qui voient leur rentabilité chuter, on trouve 31 % de mutuelles de fonctionnaires de taille souvent plus importante (en moyenne 19 millions d'euros de prestations), 35 % de mutuelles professionnelles de taille similaire (20 millions d'euros en moyenne), et enfin 29 % de mutuelles d'entreprises de petite taille (moins de 3 millions d'euros par unité).

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