

Bis MUT

Bulletin d'information et de solidarité
de la Mutuelle de l'Insee
N° 65 juin 2009



SANTÉ
PRÉVOYANCE
SOLIDARITÉ

MUTUELLE
DE L'INSEE

Rapport de gestion

Assemblée Générale 2009

ARZ 23, 24 et 25 juin



www.mutuelle-insee.fr

e-mail :
dg75-mutuelle-siege-national@insee.fr

Tél. 01 41 17 50 11

Mutuelle de l'Insee

Siège social
18, bd Adolphe Pinard
75675 Paris Cedex 14

Adresse des bureaux
15, bd Gabriel Péri
92245 Malakoff Cedex

Maquette : **Insee Picardie**

Impression :

Imprimerie db PRINT Picardie

Photos de couverture :

Alain Jaunasse

Christian Nicolas



Mutuelle régie par le Code de la Mutualité
et inscrite sous le numéro 775 666 266

Cette publication a été conçue par l'unité Édition et systèmes de diffusion de la direction régionale de Picardie et grâce à l'accord de Madame Virginie Madelin, Secrétaire Générale de l'Insee. Nous remercions le Directeur régional et les personnes qui ont participé à cette réalisation.



L'année 2008 s'est caractérisée par plusieurs étapes pour les adhérents de la Mutuelle de l'Insee :

- en avril 2008, le transfert de la gestion des prestations complémentaires vers la Mutualité Fonction Publique Service (MFPS) et

en parallèle, pour les assurés franciliens, celui de leur Centre 515,

- la période des choix et des doutes, dans le cadre du transfert vers la MGEFI, à travers une palette d'options santé et de contrats de prévoyance à laquelle nous n'étions que peu habitués.

Tout au long de cette année 2008, les équipes de la Mutuelle (élus et salariés), tant au niveau régional que national, se sont mobilisées pour expliquer et tenter de rassurer nos adhérents.

Des réunions d'informations, des permanences téléphoniques, des bulletins d'information et autres outils spécifiques ont permis de préparer le transfert de nos activités santé et prévoyance dans les meilleures conditions.

Bien sûr, la reprise des contrats de douze mille personnes protégées n'a pu se faire sans difficultés pour la structure d'accueil.

Si pour la branche santé quelques régularisations concernant les choix d'option ont été nécessaires, la partie Prévoyance a nécessité plus du premier trimestre 2009 pour finaliser la saisie des quelques huit mille contrats de toute nature.

Ceci a suscité parmi nos adhérents de nombreuses inquiétudes bien légitimes au regard de leur situation d'assuré.

La nouvelle équipe de la Mutuelle de l'Insee s'est efforcée de répondre du mieux qu'elle le pouvait à vos interrogations et tenté de démêler les situations les plus critiques auxquelles pouvaient être confrontés quelques uns d'entre nous.

Elle est à votre disposition pour vous "épauler" à travers sa nouvelle activité d'aide sociale, d'action solidaire et de caution immobilière.

*Alain JAUNASSE
Le 27 avril 2009*

Page 4 ► Une Mgefi renforcée et référencée



5 ► L'environnement

9 ► La Mutuelle de l'Insee en 2008



11 ► L'activité complémentaire santé

12 ► L'activité prévoyance

13 ► L'action solidaire



15 ► La prévention



16 ► Le bilan financier

19 ► Les comptes de l'action sociale

20 ► Les modifications statutaires



21 ► Les effectifs

22 ► Quelques statistiques

Une Mgefi renforcée et référencée

Renforcée par l'intégration de la Mutuelle de l'Insee, la Mgefi vient d'être retenue pour 7 ans comme l'unique opérateur complémentaire à Bercy. Retour sur ces deux événements marquants de ce début d'année, avec Serge BRICHET, Président de la Mgefi.



Que représente pour vous l'intégration de la mutuelle de l'Insee au sein de la Mgefi ?

Une avancée supplémentaire dans la consolidation du mouvement mutualiste à « Bercy » et l'opportunité de donner aux adhérents actifs et retraités de l'Insee, un cadre plus large pour bénéficier de solidarités fortes et pérennes.

Cette intégration préfigure, je l'espère, un futur rapprochement avec la Mutuelle Centrale des Finances qui demeure le seul opérateur complémentaire « historique » dans notre ministère à ne pas avoir rejoint la Mgefi.

Les adhérents de l'Insee ne vont-ils pas perdre leurs repères et leur identité ?

Toute démarche de changement peut être « troublante ».

Pour autant, tout est mis en œuvre pour que chaque adhérent puisse trouver auprès de la Mgefi un service de qualité et une organisation performante pour répondre à ses besoins.

Je précise, par ailleurs, que la mutuelle de l'Insee conserve ses prérogatives dans le domaine de l'Action sociale et de la caution, notamment.

Comment s'est déroulée la procédure de référencement ?

Conformément aux textes législatifs et réglementaires, l'Administration des Ministères économique et financier a ouvert un appel à concurrence à tous les opérateurs complémentaires santé lucratifs et non lucratifs au niveau européen.

Elle a élaboré un cahier des charges très précis et contraignant définissant les garanties à proposer aux fonctionnaires actifs et retraités, les caractéristiques contributives, les éléments de maîtrise financière des dispositifs proposés.

Si plusieurs ont demandé le cahier des charges, au final seuls deux d'entre eux, la Mgefi et un grand groupe assurantiel, ont déposé, début octobre, un dossier de candidature. Au terme de deux oraux, la Mgefi a remporté cet appel public.

Quelles vont être les conséquences concrètes de ce référencement pour les adhérents ?

Tout d'abord, précisons que les adhérents actuels de la mutuelle n'ont aucune formalité d'adhésion à accomplir auprès de l'opérateur référencé. Ils étaient adhérents à la Mgefi et ils le demeurent.

Pour autant, ils vont bénéficier d'une nouvelle offre santé/prévoyance sensiblement renforcée dont nous avons anti-

cipé la mise en œuvre pour les garanties santé dès le 1^{er} janvier, sans attendre le résultat de la procédure.

Par ailleurs, l'Administration devra indiquer à l'ensemble de ses agents, que la seule mutuelle référencée est désormais la Mgefi. Même si l'adhésion demeure facultative ce « fléchage » est un atout précieux pour assurer le rayonnement de la mutuelle et conforter son ancrage professionnel.

Quel est le contenu de cette nouvelle offre ?

Pour répondre au cahier des charges nous avons dû renforcer notre offre en matière de santé en valorisant la prise en charge des dépassements d'honoraires en hospitalisation, ainsi que certains postes, notamment en optique et en dentaire.

Nous avons également fortement renforcé les prestations en matière d'incapacité (perte de traitement) et d'invalidité.

L'ensemble de ces revalorisations représente près de 10 millions d'euros de prestations supplémentaires. Pour autant aucune augmentation de cotisation n'interviendra en 2009, dans le temps même où, pourtant, la Mgefi, comme tous les autres organismes mutualistes, voit ces charges « fiscales » augmentées de près de 8,5 millions d'euros, avec la mise en place d'une contribution CMU supplémentaire et la fiscalisation des produits incapacité !

Mais l'Administration va pourtant vous verser une subvention ?

Effectivement. La Mgefi recevra une participation en fonction du nombre de personnes garanties, calculée sur la base des transferts solidaires portés par la Mutuelle. Elle devrait être, pour la première année de l'ordre de 18 millions d'euros. Mais, en contrepartie, tous moyens humains et matériels mis à disposition de la Mgefi par l'Administration devront lui être remboursés.

Chacun le comprendra, cette participation va nous permettre d'absorber de nouvelles charges sans augmentation de cotisations.

Quelles sont vos ambitions pour la Mgefi ?

Celles que nous portons légitimement pour nos adhérents : développement et pérennisation de la structure qualité des couvertures et du service rendu, dimension humaniste et solidaire dans nos interventions.

Rien de bien original... mais des exigences fortes ! ■

L'environnement

► Conséquence crise internationale

La conjoncture économique internationale, confrontée à des turbulences telles que le dérèglement de la sphère financière américaine, la crise immobilière, la hausse des prix des matières premières dans les domaines énergétiques industriels et alimentaires, a provoqué par effet de contagion une déstabilisation de l'économie mondiale.

Les différents mécanismes mis en place par les pays industrialisés n'ont pas d'effets directs sur les ménages qui ont vu s'amenuiser leur capacité à consommer ou investir.

Cette crise n'est pas non plus sans conséquences sur nos déficits sociaux et les récentes prévisions de l'Insee en terme d'emploi et de récession pour l'année 2009 les impacteront d'autant plus.

Pourtant, force est de constater que notre modèle social, tant décrié jusque là y compris par nos gouvernants joue un rôle non négligeable d'amortisseur de crise, notamment par sa capacité à redistribuer dans les situations les plus précaires. ■



► La Sécurité sociale

Concernant les comptes de la Sécurité sociale en 2008, les prévisions de 9,3 Md€ tous régimes et branches confondus sont revues à la hausse par le ministère du Budget et atteindraient 10,5 Md€.

Cette dégradation due à un net ralentissement de la masse salariale et aux exonérations de charges sociales consenties aux entreprises par divers dispositifs ne plaident pas pour un retour à l'équilibre. Selon



le ministère du Budget, un point de masse salariale en moins correspond à 2 milliards d'euros de déficit en plus.

En 2009 ce déficit pourrait atteindre plus de 15 Md€ selon le ministre du Budget. Une révision qui intervient après un précédent correctif en janvier qui portait déjà le "trou" de la Sécu de 11,4 milliards à 12,6 milliards d'euros. ■



► L'assurance maladie

Pour l'assurance maladie, le déficit prévu au moment où nous écrivons s'élève à 4,2 Md€ sur l'ensemble des régimes obligatoires.

Nous constatons que, ni la réforme Douste-Blazy de 2004 qui devait pourtant permettre un retour à l'équilibre des comptes en 2007, ni les mesures prévues dans la loi de Finances de la Sécurité sociale 2008 -dont l'instauration de nouvelles franchises médicales- n'auront tenu leurs promesses. ■

► Les franchises médicales : obstacles à l'accès aux soins

La Mutualité Française dénonce la notion de "responsabilisation" des assurés sociaux dans les récentes réformes qui se traduit par un développement du "co-paiement direct" des ménages via des contributions forfaitaires et des franchises. Les franchises se cumulent : franchise sur chaque boîte de médicament, franchise sur chaque acte des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.), sur chaque transport sanitaire. Elles mettent en dif-



ficulté des personnes âgées, des invalides, des familles à revenus modestes, qui repoussent ainsi à plus tard leurs démarches de soin ou y renoncent même. Ces franchises s'ajoutent aux forfaits qui ponctionnent les malades, sur les consultations et les actes biologiques. Elles s'ajoutent aussi au forfait de 18 € prélevé sur les actes techniques d'un coût supérieur à 91 €, et au forfait hospitalier. Ceci pénalise les malades et les familles modestes. La Cour des Comptes, dans son rapport sur la Sécurité Sociale en 2008 estime à plus de 3 milliards d'euros le transfert de charges directes de l'assurance maladie obligatoire vers les ménages entre 2004 et 2008. Quitte à responsabiliser, selon la Mutualité Française, il faut responsabiliser tous les acteurs du système, notamment les laboratoires pharmaceutiques, les sociétés dont l'activité induit des risques "santé" et les

professionnels de santé qui pratiquent des dépassements d'honoraires pour des actes d'une qualité indéterminée.

Pour l'année 2009, le paysage de l'assurance maladie s'inscrit dans la continuité de la maîtrise des dépenses.

Parmi les principales mesures contenues dans la loi de Finances de la Sécurité Sociale 2009 (LFSS) en relation avec l'assurance maladie, on peut citer d'abord l'augmentation de la taxe sur les complémentaires santé (mutuelles, assurances privées) de 2,5 % à 5,9 % qui devrait générer un milliard d'euros de recettes supplémentaires.

La LFSS 2009 fixerait l'objectif national de progression des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 3,3 %.

Le respect de cet objectif suppose des économies de l'ordre de 2,2 milliards qui résulteraient de la poursuite des efforts en matière de maîtrise médicalisée des dépenses maladie :

- hausse du ticket modérateur hors parcours de soins et extension du dispositif de mise sous entente préalable pour la chirurgie ambulatoire aux autres activités hospitalières ;
- amélioration des prescriptions (médicamenteuses, actes paramédicaux, etc.) grâce aux référentiels et recommandations de la Haute autorité de santé ;
- diminution de prix ciblés de médicaments et dispositifs médicaux, réexamen des marges de distribution des médicaments.

Il est également prévu d'associer systématiquement l'union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaires (UNOCAM) à la négociation des conventions avec les professionnels de santé et l'assurance maladie et de conditionner la validité d'un accord à sa signature dans les secteurs où le financement des complémentaires santé est important. Cette signature peut alors être obtenue par un vote à la majorité qualifiée du conseil.

Par majorité qualifiée, s'entend l'accord de 60 % des membres du conseil. Ce qui signifie qu'aucun accord ne pourra être signé sans la Mutualité Française et inversement. ■

► Projet de Loi "Hôpital, Patient, Santé, et Territoires (HPST)"

La Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin a présenté le 22 octobre 2008 en Conseil des ministres son projet de loi.

Ce projet de loi s'inscrit dans la continuité des différentes réformes en cours ou réalisées, comme la nouvelle

gouvernance, la tarification à l'activité ou les territoires de santé. Il comporte 4 titres :

- **Titre I - modernisation des établissements de santé :** donner aux hôpitaux les moyens de mieux remplir leurs missions, grâce à une structuration de l'organisation terri-



toriale, une gouvernance renforcée, un assouplissement de la gestion des carrières, une dynamisation de la recherche et de l'enseignement ;

● **Titre II - Accès de tous à des soins de qualité** : répondre au défi de l'inégalité d'accès aux soins par le biais d'une meilleure organisation de l'offre de soins ambulatoires et d'une coordination ville - hôpital dans la prise en charge des patients ;

● **Titre III - Prévention et santé publique** : renforcer la prévention au niveau territorial, en ciblant les populations vulnérables, qu'il s'agisse de la santé des femmes, des jeunes ou de la lutte contre l'alcool et les autres addictions ;

● **Titre IV - Organisation territoriale du système de santé** : unifier le pilotage régional du système de santé pour surmonter les cloisonnements et mieux répondre aux besoins de santé des populations.

Ce projet de loi amène de vifs débats quant à l'avenir du système de santé français dans son ensemble.

Les personnels et médecins hospitaliers dénoncent les fermetures de lits, les restrictions budgétaires et les conditions de travail. Ils estiment que le projet "HPST" et la loi du financement de la Sécurité sociale pour 2009 fragilisent encore plus le service public de santé et d'assurance maladie. Les critiques portent en particulier sur la mise en place des "Communautés hospitalières de territoire" (CHT) et des "Agences régionales de santé" (ARS) prévue par le projet de loi. Les CHT, en associant plusieurs établissements d'un même territoire, permettraient de mettre en commun leurs moyens et ainsi d'articuler l'activité des petits hôpitaux (consultations et soins palliatifs) autour d'un centre hospitalier de plus grande taille. Les ARS, en se substituant notamment aux agences régionales de l'hospitalisation, aux pôles "santé" et "médico-social" des DRASS et des DDASS, ainsi qu'à la partie "sanitaire" des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), coordonneraient à l'échelon régional l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention). Selon les opposants au projet de loi, ces deux dispositifs visent avant tout les économies budgétaires, par le biais notamment du transfert et des suppressions d'activité des hôpitaux locaux.

En parallèle, l'Assemblée Nationale a adopté le 3 mars 2009 un amendement qui maintient le principe de la liberté d'installation des médecins, mais octroie aux directeurs des futures ARS la faculté d'intervenir à partir de 2012 en cas d'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Avant que cet amendement ne soit voté, Jean-Pierre Davant rappelait les positions de la Mutualité Française en faveur de l'accès aux soins pour tous. Pour la Mutualité Française, notre système de soins est financé pour l'essentiel par la solidarité nationale et les complémentaires santé, ce qui permet d'assurer à l'ensemble des professionnels de santé des revenus stables et pérennes. Des avantages qui impliquent des devoirs. La santé des Français doit prévaloir sur les seuls intérêts corporatistes. ■

► La Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)

En juillet 2008, le gouvernement a décidé de taxer les complémentaires santé de 1 milliard d'euros supplémentaires au profit des caisses de l'assurance maladie sous le prétexte que ces organismes feraient des économies sur les dépenses de santé des patients en affection de longue durée (ALD). Ce motif a bien sûr provoqué une "levée de bouclier" dans le monde mutualiste qui rappelait que ces assurés sociaux ne sont pris en charge à 100 % que pour leur maladie grave mais que d'autres frais, parfois conséquents, restent à la charge de leur complémentaire.

Un protocole a cependant été signé entre la Mutualité Française, au nom des organismes de complémentaire santé, et



le gouvernement le 28 juillet 2008. En contrepartie de cette taxe, le gouvernement s'engage sur un accord de partenariat portant sur la mise en place de négociations tripartites entre l'assurance maladie, les professionnels de santé et les organismes complémentaires, notamment dans les domaines optiques et dentaires où les complémentaires sont fortement sollicités.

La Mutualité souhaite ainsi conforter sa position et sa réflexion sur des domaines qui vont bien au delà de son activité de complémentaire santé et seront à n'en pas douter la clé de voute de son prochain congrès à Bordeaux.

Outre les autres engagements concernant la limitation des dépassements d'honoraires, l'évolution des modes de rémunérations des professionnels de santé, les organismes complémentaires auraient accès aux données de remboursement de l'assurance maladie. Ces données anonymisées permettraient de conduire plus efficacement leur politique de santé en ajustant par exemple leurs garanties en fonction de critères qualité ou utilité validés par l'autorité de santé.

La Mutualité a appelé ses mutuelles à ne pas répercuter cette augmentation sur les cotisations des adhérents afin de ne pas porter atteinte au pouvoir d'achat des ménages. Pourtant de nombreuses mutuelles, et non des moindres,

ont déjà intégrées cette charge supplémentaire dans leur cotisation.

Parallèlement, la Mutualité Française continue de formuler des propositions aux pouvoirs publics pour améliorer la qualité des soins. À travers son programme "Priorité Santé Mutualiste" (PSM) celles-ci seront poursuivies, et intensifiées pour favoriser l'accès des adhérents mutualistes à des soins de meilleure qualité.

Ce programme, jusqu'à présent en expérimentation dans deux régions, la Bretagne et le Languedoc-Roussillon, a pour objectif de proposer aux adhérents mutualistes une gamme de services en matière d'information, de prévention et de dépistage de la maladie et d'aide à l'orientation et à l'accompagnement du patient.

À travers ce dispositif, la Mutualité Française vise à améliorer la prise en charge des pathologies cancéreuses, des maladies cardio-vasculaires, des addictions et du risque de perte d'autonomie.

Ces thèmes ne sont bien sûr pas limitatifs et continuent d'être développés notamment dans le cadre de la santé visuelle.

Depuis le mois d'avril 2009, Priorité Santé Mutualiste a été étendu à l'ensemble du territoire. ■

► La Mutualité Fonction publique service (MFPS)

Formis son activité assurantielle et bancaire, cette union technique composée de 19 mutuelles issues des trois fonctions publiques gère les régimes obligatoires et complémentaires de la plus-part des mutuelles de fonctionnaires.

Cependant, le plan drastique de réduction d'effectifs et de moyens mis en place en 2005 a été catastrophique en terme de restructuration d'activité et de réponses à la demande.

Consciente de ses difficultés, MFPS poursuit son objectif d'améliorer la qualité de son service rendu à travers une réorganisation de ses chaînes de traitement et une amélioration des outils de gestion.

Force est de constater que cette réorganisation, basée sur une structuration par métier et spécialisation des tâches pour certaines sections, n'a pas encore véritablement fait ses preuves.

Si les flux dématérialisés représente près de 70 % des dossiers avec un délai de règlement moyen de 3 jours, ce même délai est porté à 9 jours pour un dossier normal, voire 15 en liquidation totalement manuelle.

Le nouvel outil (chorégie 2) est fortement attendu par MFPS pour améliorer la productivité et la traçabilité ; il l'est également par les assurés et adhérents de notre mutuelle. ■



La Mutuelle de l'Insee en 2008

Le 31 décembre 2008, la Mutuelle de l'Insee a transféré ses activités santé et prévoyance à la MGEFI. L'équipe du bureau national a œuvré tout au long de l'année pour que cette transition se passe au mieux pour les adhérents. Cet objectif était ambitieux, puisque 12 000 personnes protégées étaient concernées. Il n'a pas été complètement atteint, certains adhérents ayant eu à subir des erreurs plus ou moins graves à cette occasion. Mais, fort heureusement, la situation est aujourd'hui en cours de stabilisation.

Rétrospective sur le transfert :

L'assemblée générale du 6 septembre 2007 a validé le vote des adhérents, actifs et retraités, qui à près de 88 % ont choisi l'entrée dans la MGEFI. Elle a également rédigé une résolution donnant un mandat précis aux instances de la Mutuelle pour réaliser l'intégration.

Dans ce cadre, trois possibilités de modalités d'entrée dans la MGEFI, ont été proposées au choix du Conseil d'Administration du 6 février 2008. Guidé par la résolution prise lors de l'AG extraordinaire de septembre 2007, le CA s'est prononcé pour une procédure semblable à celle retenue par les mutuelles cofondatrices de la MGEFI, le transfert d'activité et de portefeuille.

Fin mars, la procédure était enclenchée et les premières rencontres ont eu lieu pour valider le schéma et le calendrier des opérations avec les autorités de tutelle, la Direction de la Sécurité Sociale du Ministère du Travail, des relations sociales et de la solidarité ainsi que l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM).

L'Assemblée Générale de juin 2008 a pu valider les différents documents nécessaires à la réalisation des opérations de transfert, convention de transfert, nouveaux statuts, règlements mutualistes,...

Parallèlement à l'opération juridique, il était important de voir les conséquences de ce transfert pour les adhérents de la Mutuelle. En effet, beaucoup de différences subsistaient tant dans la protection en matière de santé et surtout de prévoyance, que dans le calcul des cotisations.

Le montant des cotisations payées par l'ensemble des adhérents de la Mutuelle de l'Insee est resté stable, mais de

grandes différences individuelles existent. Pour les plus touchés par une hausse importante, une aide temporaire a été mise en place.

Le choix d'une offre santé parmi 3 possibilités était nouveau puisque la Mutuelle de l'Insee n'avait qu'une offre unique. Cette possibilité de choix a été appréciée, les offres ne se différenciant pas seulement par leur coût.



L'offre de prévoyance de la MGEFI est différente de celle qui existait à la Mutuelle de l'Insee. Pour que les adhérents de la Mutuelle de l'Insee ne perdent pas lors du passage à la MGEFI des garanties spécifiques (que ne détenaient pas les adhérents d'autres mutuelles des finances), pour lesquelles ils avaient cotisé et qu'ils ne pourraient peut-être plus souscrire ensuite, une offre compensatoire a été négociée par le bureau national de la Mutuelle

de l'Insee avec la MGEFI, contrat par contrat et option par option, sur les conditions de couverture des risques de décès, d'arrêt de travail avec perte de traitement et de dépendance. Le résultat de cette négociation a été présenté lors des réunions d'information du mois de juin 2008.

Ensuite, chacun a dû faire son choix parmi les offres de la MGEFI. Pour répondre aux questions soulevées à cette occasion, tous, salariés de la Mutuelle, élus nationaux, élus des sections se sont mobilisés. Si la plupart des adhérents ont apprécié cet investissement, certains auraient aimé être "conseillés", comme dans les sociétés d'assurance, par exemple. Mais la décision revenait à chaque adhérent, les "conseils" pouvant parfois inciter à prendre le plus de garanties possibles. ■

Prêt personnel⁽¹⁾

BFM Liberté

Réservé aux agents de la Fonction publique et du Service public

Des taux légers, pour réaliser vos projets !

A partir de
3,90 %*
TEG annuel fixe hors
assurance DIT⁽²⁾
facultative

Offre valable du 02/03/09 au 30/06/09

Un prêt personnel⁽¹⁾ à partir de 1 500 €

- Des taux fixes avantageux.
- Aucuns frais de dossier.
- Une durée de remboursement comprise entre 6 et 96 mois.
- Une assurance emprunteur⁽²⁾ à coût réduit.

Par exemple pour 1 500 € empruntés sur 1 an, au TEG annuel fixe de 3,90 %* (hors assurance DIT⁽²⁾ facultative) vous rembourserez 12 mensualités de 127,61 €. Coût total du prêt : 31,32 €. Si vous optez pour l'assurance DIT⁽²⁾, la cotisation mensuelle s'élèvera à 0,35 €.



Consultez un Conseiller BFM en Agence Société Générale, pour obtenir une étude personnalisée pour un prêt d'une durée et/ou d'un montant différents.

⁽¹⁾ Offre valable du 02/03/2009 au 30/06/2009. Taux Effectif Global annuel fixe hors assurance DIT⁽²⁾ facultative pour une durée de remboursement comprise entre 6 et 12 mois.

(1) Prêt personnel non affecté, consenti par la BFM, prêteur sans réserve d'été titulaire d'un compte bancaire BFM ouvert à la Société Générale (déclaration de salaire soustraite) et de l'acceptation de votre dossier par la BFM. Le Prêt BFM Liberté ne peut être conclu qu'après acceptation de l'emprunteur de l'offre préalable de prêt proposée sur le prêt. Vous disposez d'un délai de rétractation de 7 jours suivant la signature de votre offre, pour renoncer au prêt.

(2) L'assurance DIT (déclaration de solvabilité) au taux de 0,28 % sur le capital initial est facultative pour tout prêt d'une durée inférieure ou égale à 36 mois (franchise la base) quel que soit le montant emprunté. Au-delà de cette durée, elle est obligatoire pour les prêts de plus de 10 000 euros et facultative pour les prêts inférieurs ou égaux à 10 000 euros. Contrat d'assurance Groupe : Décès, Pertes Totales et Incapacité d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail - souscrit par la BFM en tant qu'intermédiaire en assurances (inscription à l'ORIAS n° 38041 372) auprès de CNP Assurances société régie par le Code des Assurances et NF Prévoyance, ainsi que les modalités soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Ce contrat est proposé par la Société Générale SA au capital de 325 905 033 euros, Siège social : 28 Boulevard Haussmann - 75009 Paris - 332 120 222 RCS Paris en tant qu'intermédiaire en assurances (inscription à l'ORIAS n° 37924293). BFM, Société Coopérative de Banque au capital de 66 707 892 euros RCS Orléans II 326 127 284, Siège social : 1, place des Minéraliers - 45021 Chambray-sur-Loire Cedex.

EN SAVOIR PLUS :

- Rencontrez un Conseiller BFM en Agence Société Générale.
- Appelez le Centre de contacts de la BFM, à votre disposition du lundi au samedi de 9 h à 18 h sans interruption :

éco fil 0 821 222 500
0,118 EUR TTC / appel depuis un poste fixe en France métropolitaine

- Connectez-vous :

www.bfm.fr

BFM partenaire du Groupe Société Générale

L'activité complémentaire santé

Après trois années de baisse consécutives, les prestations santé versées par la Mutuelle ont légèrement augmenté en 2008 (+0,8 %).

Cette variation ne s'applique pas de façon uniforme selon le type de soins. Ainsi, les actes de Chirurgie, Radiologie et les Frais d'hospitalisation sont en forte baisse (de -19 % à -53 %). Les

dépenses de ces trois pôles étaient déjà en recul en 2007 pour un niveau plus important.

À l'inverse, les frais d'optique et d'appareillage (+60 000 •), les soins dentaires (+33 900 •), les soins inhérents aux cures thermales (+37 300 •) et aux auxiliaires médicaux (+19 800 •) sont les plus fortes augmentations de charges supportées par la Mutuelle. La variation sur un an de la participation mutuelle sur les cures thermales explose de 142 %.

Après quelques années au cours desquelles la Mutuelle de l'Insee bénéficiait d'une dépense Santé différente de celle constatée au niveau national, la voici malheureusement "rentrée" dans le rang. Il est toutefois difficile d'attribuer cette augmentation à un mouve-



ment général de la dépense, ou à une réaction face à l'intégration MGEFI et à l'anticipation de certains frais devant la difficile lisibilité des remboursements dentaires et optiques. ■



Prestations versées

	Prestations en euros		Variation en % 2006 / 2007	Prestations en euros 2008	Variation en % 2008 / 2007
	2006	2007			
Consultations et visites	593 430	583 654	-1,6	560 662	-3,9
Acte K (Chirurgie)	15 432	5 313	-65,6	4 486	-15,6
Soins dentaires	776 957	816 389	5,1	850 315	4,2
Auxiliaires médicaux	263 270	298 777	13,5	318 592	6,6
Transport	21 742	20 658	-5,0	22 700	9,9
Analyses	242 963	257 287	5,9	262 799	2,1
Pharmacie	1 411 356	1 543 097	9,3	1 547 918	0,3
Optique et appareillage	906 964	977 474	7,8	1 037 140	6,1
Radios	186 525	36 977	-80,2	22 507	-39,1
Cures thermales	23 912	26 393	10,4	63 755	141,6
Hospitalisation	702 370	483 362	-31,2	399 414	-17,4
Total santé	5 144 922	5 049 380	-1,9	5 090 288	0,8
Indemnités naissance	8 906	9 394	5,5	5 490	-41,6
Indemnités décès	61 944	56 604	-8,6	1 068	-98,1
Secours	11 337	24 163	113,1	41 239	70,7
Aide ménagère	77 656	67 885	-12,6	65 482	-3,5
Total prestations	5 304 765	5 207 425	-1,8	5 203 567	-0,1
Provisions	-4873	-7146		--647	
Total général	5 299 892	5 200 279	-1,9	5 202 920	0,1

L'activité prévoyance

L'année 2008 voit le volume des prestations se stabiliser (-0,2 %). Les tendances constatées, selon les grandes destinations de prestations, entre les exercices 2007 et 2006 se prolongent entre 2008 et 2007.

Ainsi, les capitaux décès augmentent de nouveau de plus de 20 % pour atteindre un total de 777 K€. Les prestations d'invalidité-incapacité baissent pour le second exercice consécutif de 5,6 % à 1.379 K€. Les rentes dépendance progressent, toujours, logiquement, mais à un rythme moins important que l'an dernier (+13,2 % en 2007 contre +7,7 % en 2008). Enfin, les prestations liées aux assurances immobilières, très volatiles du fait du faible nombre de sinistres, baissent de 71 % après avoir augmenté de 38 % en 2007. Les cotisations de prévoyance recouvrées par la Mutuelle baissent de nouveau (-3,7 %) à un rythme supérieur à celui de 2007. Cette variation s'explique principalement par le transfert des adhérents du statut d'actif à celui de retraité. En effet, la cotisation dépendance, appelée auprès de tous les chefs de famille augmenté de 1,8 % alors que la cotisation décès (qui s'éteint au 65^e anniversaire de l'adhérent) baisse de 0,5 % et que la cotisation invalidité-incapacité (suspendue au départ en retraite) recule de 2,8 %.

Le comparatif Cotisation/Prestation par contrat confirme une situation déficitaire du contrat décès 8169E (552 K€ de cotisation pour 738 K€ de prestation). Sur les 4 derniers exercices ce contrat est légèrement déficitaire de 118 K€.

Le contrat invalidité-incapacité obligatoire (8226R) est proche

de l'équilibre tant sur l'exercice 2008 que sur les 4 dernières années (-37 K€). A contrario, le contrat facultatif (8228T) enre-

gistre un nouvel excédent en 2008 (+315 K€) qui, cumulé sur 4 années atteint 1 344 K€. ■

Cotisations reçues

	2005 en euros	2006 en euros	Variation en % 2006 / 2005	2007 en euros	Variation en % 2007 / 2006	2008 en euros	Variation en % 2008 / 2007
DÉCÈS	588 577	576 310	-2,1	566 460	-1,7	563 659	-0,5
8169E	574 499	562 806		553 897		552 199	
6198M	14 078	13 504		12 562		11 460	
Nombre cotisants	7 289	7 157		7 008		6 910	
Cotisation moyenne	81	81		81		82	
INVALIDITÉ-INCAPAC.	1 266 787	1 375 080	8,5	1 349 468	-1,9	1 312 083	-2,8
8226R	409 331	428 590		423 189		413 191	
8228T	843 727	933 842		922 512		884 561	
1840A-4206X	13 729	12 648		3 767		14 331	
Nombre cotisants	5 415	5 285		5 091		4 806	
Cotisation moyenne	234	260		265		273	
DÉPENDANCE	318 150	318 666	0,2	321 583	0,9	327 387	1,8
Nombre cotisants	6 928	6 890		6 841		6 773	
Cotisation moyenne	46	46		47		48	
IMMOBILIER	225 639	228 415	1,2	238 391	4,4	181 255	-24,0
Nombre cotisants	1 126	1 094		1 101		1 059	
Cotisation moyenne	200	209		217		171	
Total général	2 399 153	2 498 471	4,1	2 475 902	-0,9	2 384 384	-3,7

Prestations versées

	2005 en euros	2006 en euros	Variation en % 2006 / 2005	2007 en euros	Variation en % 2007 / 2006	2008 en euros	Variation en % 2008 / 2007
DÉCÈS	511 000	521 604	2,1	627 523	20,3	776 871	23,8
8169E	480 561	517 564		625 694		737 708	
6198M	30 439	4 040		1 829		39 163	
INVALIDITÉ-INCAPAC.	1 334 777	1 498 553	12,3	1 461 891	-2,4	1 379 297	-5,6
1840A	211 899	208 933		194 569		170 831	
0330J	43 390	42 799		39 821		39 359	
4206X	219 543	180 569		189 971		184 489	
8226R	397 516	462 580		432 882		415 213	
8228T	462 429	603 672		604 648		569 405	
DÉPENDANCE	133 869	131 421	-1,8	148 727	13,2	160 231	7,7
8227S	133 869	131 421		148 727		160 231	
IMMOBILIER	135 766	85 312	-37,2	117 970	38,3	34 128	-71,1
1708G	127 804	81 964		108 548		18 845	
2922B	5 083	716		1 112			
5382A	1 130	228		484		1 556	
7371M				7 607		9 979	
7373P	1 748	2 404		219		3 749	
Total général	2 115 412	2 236 890	5,7	2 356 111	5,3	2 350 527	-0,2

L'action solidaire

► AIDES ET PRÊTS 2008

En 2008, 58 dossiers d'aides exceptionnelles et de prêts ont été adressés à la Commission d'Action Sociale. Il y avait eu seulement 34 dossiers en 2007. Après étude, 13 dossiers n'ont pas obtenu une réponse favorable. En effet, ils concernaient des adhérents en situation financière difficile car il n'est pas possible d'accorder un prêt à une personne en situation de surendettement. Ainsi 77,6 % dossiers ont eu une suite favorable contre 85,3 % en 2007.

La moitié des dossiers concernent des aides en cas de décès de l'adhérent.

Le montant des aides accordées est de 38 413 € pour plus de 55 000 € demandés. Il s'élevait à 23 700 € en 2007. Les prêts s'élèvent à 3 224 € (11 500 € en 2007). ■



► MUTISSIMO

Depuis le 1^{er} janvier 2009, la Mutuelle n'offre plus ce service d'assistance à domicile de MUTISSIMO, puisqu'avec l'intégration à MGEFI, les adhérents bénéficient directement de "MGEFI assistance à domicile".

Pour l'année 2008, les adhérents ont moins sollicité les services de MUTISSIMO qu'en 2007. Le nombre de dossiers a baissé de 23,1 %. Il y a eu ouverture de 83 dossiers (108 en 2007, 87 en 2006). Le coût moyen par dossier est de 241 €.

L'essentiel des dossiers concernent des demandes d'aide ménagère pour une moyenne de 14 heures de prestations.

L'ensemble des prestations assurées par MUTISSIMO représente un coût total de 20 026 € (-27,5 % par rapport à 2007). La Mutuelle a cotisé pour 44 239 €. ■



Le Ticket CESU

Le Ticket CESU est le Chèque emploi service universel préfinancé de Accor Services et du Groupe Caisse d'Épargne. Ce mode de paiement permet de payer plus de 20 services à la personne à moindre coût pour le bénéficiaire dans 3 domaines.

1- Enfance : garde d'enfants à domicile, garde d'enfants hors du domicile (crèches, jardins d'enfants, haltes-garderies, garderies périscolaires, assistantes maternelles agréées), accompagnement d'enfants dans leurs déplacements sous certaines conditions (ces activités sont énumérées dans l'article D.129-35 du code du Travail), soutien scolaire et cours à domicile.

2- Habitat : travaux ménagers (ménage, repassage...), petits travaux de jardinage, de débroussaillage, petits travaux de bricolage dit "hommes toutes mains", collecte et livraison de linge repassé, préparation de repas à domicile, livraison de repas à domicile, livraison de courses à domicile, assistance informatique et internet, assistance administrative, cours à domicile (musique, cuisine, peinture...), gardiennage, entretien et surveillance temporaires des résidences principale et secondaire.

3- Dépendance : assistance des seniors (sauf actes médicaux), assistance aux personnes handicapées (dont interprètes en langues des signes, technicien de l'écrit et codeur en langage parlé complété), garde-malade (sauf les soins), soins esthétiques, aide à la mobilité et transport, accompagnement dans les promenades et les actes de la vie courante, conduite de véhicule personnel (pour des trajets domicile-travail, en vacances ou pour des démarches administratives), soins et promenades d'animaux domestiques (sauf actes vétérinaires et toilettage).

<http://www.ticket-cesu.fr>

Dans le cadre de l'action sociale interministérielle, une aide financière sous forme de Chèque emploi service universel a été créée pour la garde des enfants des agents de l'État.

<http://www.cesu-fonctionpublique.fr/>

Au 1^{er} janvier 2009, un Conseil d'administration réduit

Avec l'intégration à MGEFI, la Mutuelle doit réduire ses coûts de fonctionnement. Le Conseil d'administration est passé de 31 à 14 membres. Les administrateurs, élus par les délégués lors de l'Assemblée Générale sont issus d'une liste nationale. Quant au Bureau National, il est passé de 10 à 5 membres.

L'intégration de la Mutuelle à MGEFI a conduit le transfert du Centre de Sécurité Sociale 515 à la Section Régionale Interministérielle francilienne, l'équivalent d'une SLI en région. Les salariés du Centre ont intégré la SRI. La fermeture du Centre 515 a changé les habitudes des adhérents des sections Paris-DG et d'Île-de-France.

▶ PARTENARIAT

En créant la BFM, (Banque Fédérale Mutualiste), les mutuelles de la Fonction publique ont eu l'ambition de créer une banque différente, conjuguant valeurs mutualistes et services bancaires performants. La BFM est donc un partenaire bancaire privilégié des mutuelles de fonctionnaires et de leurs adhérents. Elle propose l'intégralité des services d'une banque.

À la BFM, les adhérents des mutuelles peuvent disposer de comptes à vue, de livrets d'épargne. Des prêts personnels mutualistes et des prêts à l'habitat peuvent être souscrits.

La BFM et la Société Générale ont remporté un appel d'offre qui permet aux personnels du ministère de bénéficier, sous certaines conditions, de prêts immobiliers à caractère social par l'ALPAF (Association pour le Logement du Personnel des Administrations Financières). ■



	2008	2007
Comptes à vue	890	890
<i>moins de 30 ans</i>	23	26
<i>de 30 à 34 ans</i>	22	23
<i>de 35 à 49 ans</i>	226	253
<i>de 50 à 65 ans</i>	567	542
<i>plus de 65 ans</i>	52	46
Livret	440	446
Prêts à l'habitat	375	376
Prêts personnel	203	212

▶ LA CAUTION SOLIDAIRE

Le cautionnement des prêts immobiliers est un service assuré par la Mutualité Fonction Publique Services (MFPS) pour les adhérents des mutuelles qui ont fait le choix de proposer ce service à leurs adhérents. C'est une aide appréciée pour l'accession à la propriété.

Au cours de l'année 2008, 50 demandes de caution ont été formulées et ce sont 56 prêts qui ont été cautionnés au profit de 28 adhérents à hauteur de 3 802 864 €. L'encours de prêts garantis s'établit au 31/12/2008 à 38 849 792 € représentant un total de 1 209 prêts garantis.

La plupart des banques a signé un accord de partenariat avec MFPS. Les banques historiques ont toujours la faveur des adhérents, principalement la BFM, la Banque Postale et la Caisse d'Épargne. ■



La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer a été découverte en 1906 par Aloïs Alzheimer. C'est une maladie neuro-dégénérative du système nerveux central. Elle se traduit par des lésions cérébrales majeures. Ces lésions provoquent une altération qui entraîne peu à peu une diminution des fonctions cognitives de la vie quotidienne du malade.

L'âge est un facteur de risque les plus importants de la maladie. Entre 60 et 80 ans la progression de la maladie est exceptionnelle, à partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 sont touchés. Elle atteint également des personnes de moins de 50 ans (environ 5 % de cas déclarés).

La maladie d'Alzheimer devient un enjeu de société

Le vieillissement de la population accroît le risque de progression du nombre des malades. En 2050 on estime à 150 000 le nombre de centenaires. À l'heure actuelle, la maladie et syndromes apparentés touche plus de 850 000 personnes en France. Chaque année ce sont plus de 220 000 nouveaux cas qui sont dénombrés.

Le diagnostic de la maladie est difficile et long à établir en raison du caractère évolutif des symptômes. Ce diagnostic peut être porté avec une grande précision par un spécialiste (neurologue, psychiatre) ou en consultation mémoire. Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la présomption de la maladie.

Les traitements médicamenteux, sans arrêter la maladie, apportent une amélioration symptomatique des fonctions cognitives et une amélioration du comportement général du patient. En complément aux traitements médicamenteux, une indispensable prise en charge non médicamenteuse contribue à freiner l'évolution de l'état de dépendance du malade, à améliorer sa qualité de vie et celle de son entourage. C'est dans le cadre de cette prise en charge non médicamenteuse, que s'inscrivent notamment les accueils thérapeutiques de jour. Les personnes

Les principaux signes d'alerte de la maladie

- Difficulté à enregistrer de nouvelles informations
- Désorientation dans le temps et l'espace
- Problème de langage
- Perte de jugement et de raisonnement
- Difficultés à reconnaître ou identifier des objets connus
- Modification de l'humeur et du comportement
- Difficulté dans les gestes de tous les jours

malades sont accompagnées par une équipe pluridisciplinaire professionnelle et aussi souvent par des bénévoles. Ainsi la prise en charge du malade est assurée tout en offrant aux aidants familiaux un temps de répit.

Cette situation de dépendance du malade confère à sa famille et à son entourage un rôle primordial de soutien et d'accompagnement.

La prise en charge du malade et de sa famille est coûteuse moralement et financièrement. L'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), en vigueur depuis 2002, permet aujourd'hui à de nombreuses personnes malades et à leur famille de bénéficier d'une aide. Elle ne concerne que les malades de plus de 60 ans. Quant aux malades de moins de 60 ans, ils bénéficient de l'allocation compensatrice versée pour rémunérer l'aide d'une tierce personne.

Les origines de cette maladie reste toujours inexplicée. Des avancées sont faites et on sait que la maladie n'est pas un stade normal du vieillissement, n'est pas due au stress, n'est pas contagieuse, pourrait frapper plus souvent les femmes que les hommes, pourrait être aggravée par des maladies vasculaires cérébrales. ■

Toutes ses informations sont issues de France Alzheimer : <http://www.francealzheimer.org/>

N° 0811 112 112 (coût d'un appel local)

Lancé le 1^{er} février 2008, le plan Alzheimer 2008-2012 a pour objectif de fournir un effort sans précédent sur la recherche, de favoriser un diagnostic plus précoce et de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants.

RECHERCHE

Mieux connaître la maladie pour agir

L'effort de recherche en faveur de la maladie d'Alzheimer est sans précédent. Absent dans les politiques précédentes, le volet recherche du Plan Alzheimer représente un investissement de 200 M€ sur 5 ans. Le but est en particulier de découvrir et développer en France des méthodes diagnostiques nouvelles, de trouver ou de contribuer à trouver des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses susceptibles de bloquer l'évolutivité de la maladie ou de la prévenir, et d'améliorer le confort de vie des personnes malades et de leur entourage aux différents stades d'évolution de ces maladies chroniques.

SANTÉ

Mieux prendre en charge les malades et les aidants

Une fois le diagnostic de la maladie établi, il faut en faire part au patient et à son aidant. Le plan Alzheimer va permettre de développer un dispositif d'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou d'une

maladie apparentée intégrant l'information sur la maladie mais aussi sur l'accompagnement à la fois médical, social et humain durant la vie de la personne malade.

L'objectif principal de ce suivi est de permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir leur lieu de vie et en particulier le maintien à domicile.

SOLIDARITÉ

Se mobiliser pour un enjeu de société

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est au cœur du Plan Alzheimer. Celui-ci vise à changer le regard sur la maladie et faire de cette maladie un enjeu de société. Ce plan global centré sur le malade prévoit ainsi un accompagnement éthique en affirmant la permanence de la personne humaine en toutes circonstances, même les plus dégradées. Le plan Alzheimer prévoit à la fois de porter les efforts au niveau local en informant et sensibilisant le grand public et de s'unir avec les autres États européens pour mobiliser les efforts conjoints des États membres de l'Union européenne pour lutter plus efficacement contre cette maladie.

Le bilan financier

BILAN ACTIF-PASSIF

Actif (en euros)

	2008	2007
Actifs incorporels	0,00	53 514,21
Placements	10 073 945,82	9 473 514,92
Créances	81 269,91	122 115,31
Autres actifs	613 034,32	1 201 740,85
Comptes de régularisation - Actif	24 720,00	19 188,00
Total de l'actif	10 792 970,05	10 870 073,29

Passif (en euros)

	2008	2007
Fonds mutualistes et réserves	9 300 348,07	8 653 281,18
Provisions techniques brutes	461 322,20	461 969,00
Autres dettes	1 019 778,78	1 749 241,11
Comptes de régularisation - Passif	4 064,00	5 582,00
Provisions pour risques et charges	7 457,00	
Total du passif	10 792 970,05	10 870 073,29

LES COMPTES D'EXPLOITATION

Compte de résultat non vie (en euros)

	2008 Opérations nettes	2007 Opérations nettes
Cotisations acquises	6 157 353,60	6 206 037,28
Produits des placements alloués du compte non technique	20 088,59	27 271,00
Autres produits techniques	437 907,85	347 175,03
Charges des prestations	5 720 167,87	5 895 836,37
Frais d'acquisition et d'administration	118 846,78	85 038,43
Autres charges techniques	406 909,45	453 397,94
Résultat technique des opérations non vie	369 425,94	146 210,58

Compte de résultat non technique (en euros)

	2008	2007
Résultat technique des opérations non vie	369 425,94	146 210,58
Produits des placements	490 392,06	572 149,51
Charges des placements	37 496,17	33 936,66
Produit des placements transférés au compte technique non vie	20 088,59	27 271,00
Autres produits non techniques	0,00	0,00
Autres charges non techniques	150 794,00	151 602,00
Résultat exceptionnel	4 495,65	24 576,39
Impôt sur le résultat	8 868,00	9 536,00
Résultat de l'exercice	647 066,89	520 590,82

Au 1^{er} avril 2008, la Mutuelle de l'Insee a transféré son centre de sécurité sociale à MFP SERVICES et a géré son activité historique de complémentaire santé pour le compte de la MGEFI, rétroactivement au 1^{er} janvier 2008.

Au 1^{er} janvier 2009, l'ensemble de son personnel était transféré à la MGEFI.

Les comptes de la Mutuelle arrêtés par son conseil d'administration et approuvés par l'assemblée générale sont les comptes de la seule action sociale. L'activité complémentaire santé de 2008 ayant été apportée à la MGEFI, les comptes afférents sont intégrés dans les comptes combinés de la MGEFI et seront donc arrêtés et approuvés par elle.

Les comptes complets de la Mutuelle de l'Insee tels qu'ils auraient été arrêtés sans les opérations d'apports partiels sont présentés à titre d'information.



► Les comptes de la Mutuelle dans sa forme historique

Le résultat de l'exercice 2008 de 647 K€ présente une progression sensible de 126 K€ par rapport à celui de 2007 qui s'établissait à 520 K€. Cette augmentation résulte d'un résultat technique en forte hausse de 223 K€ pour atteindre 369 K€, progression modérée par un résultat financier en baisse de 82K€ et par un résultat exceptionnel également en baisse de 20K€ par rapport à 2007.

Le niveau de l'actif affiche une diminution relative de -0,7 % par rapport à 2007 en raison essentiellement de l'amortissement des biens corporels et incorporels d'exploitations. Ces biens ont été complètement amortis sur l'exercice, notamment les logiciels MUTIX et STATMUT pour lesquelles une dotation exceptionnelle de 25 K€ a été comptabilisée. Utilisés en 2009 pour des consultations ponctuelles, leurs contrats de maintenance n'ont pas été reconduits.

Les créances ont également diminué par rapport à 2007 en raison des provisions pour dépréciation comptabilisées sur certaines d'entre elles, notamment sur les prêts et prestations indues à recouvrer.

L'essentiel de l'actif se compose donc d'une part de la trésorerie de la Mutuelle qui s'élève à 613 K€ et des placements d'une valeur nette de 10 074 K€ en progression de 600 K€. Il est constitué d'une part, d'un portefeuille titres de 9 859 K€ en augmentation de 666 K€ mais déprécié à hauteur de 61 K€, et d'autre part, des prêts tels que "fonds

de stabilité" et "excédent garanties collectives" de 276 K€ dont les remboursements se sont poursuivis selon les échéanciers prévus. Le portefeuille est constitué de 76 % de SICAV monétaires, 15 % d'obligations, 9 % d'actions CNP et de titres participatifs. Les plus values latentes non comptabilisées du portefeuille titre s'élèvent au 31 décembre 2008 à 1 042 K€ (dont 656 K€ sur les titres CNP et 365 K€ sur les parts sociales de la BFM).

Le résultat financier inscrit au compte de résultat non technique présente une diminution de 82 K€ en raison de la réalisation des plus values réalisées lors des allers-retours sur les SICAV monétaires. Les produits financiers, essentiellement dus aux placements obligataires, restent stables. L'analyse du taux moyen de revenus du portefeuille (rapport entre les revenus perçus et le coût d'acquisition de titres) est de 6,39 % en 2008 (actions et obligations).

La politique de placement reste une politique sans risque à moyen terme constituant une réserve globale de trésorerie afin de répondre aux règles prudentielles de couverture des engagements de la Mutuelle vis-à-vis de ces adhérents. L'orientation des placements est suivie régulièrement avec les établissements financiers afin de contrôler les produits financiers et la structure du portefeuille et le montant des provisions éventuelles nécessaires.

Au passif, les fonds mutualistes sont augmentés de l'affectation du résultat 2007 de 521 K€. La provision technique

reste au même niveau que celle de l'exercice précédent. Les autres dettes présentent une forte diminution de -729 K€ en raison de la diminution des dettes envers les collectivités publiques d'une part, mais surtout de l'encaissement directement par la MGEFI des cotisations précomptées sur les salaires de décembre.

Sur le résultat des opérations non-vie, les cotisations restent stables avec une variation de -0,8 % par rapport à 2007 ainsi que le niveau des prestations versées, en augmentation de +0,16 %. Les frais de liquidation des prestations diminuent de 188 K€ en raison de la diminution de la masse salariale consécutive à l'absence de personnel détaché du transfert du centre 515, à MFP Services. Néanmoins, cette diminution est obérée par l'augmentation des frais d'acquisition et d'administration liés aux frais de missions.

Ainsi, l'augmentation du résultat non vie de l'exercice résulte essentiellement de l'augmentation des participations aux contrats de garanties collectives soit +141 K€ par rapport à 2007.



La marge de solvabilité constituée au 31 décembre 2008 est de 9 300 K€ soit un ratio de 693 % du minimum requis par l'ACAM (Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles).

► Les comptes de l'action sociale

Les comptes de l'action sociale sont donc issus des comptes précédents, nets de l'activité complémentaire santé et des opérations d'apports effectués en 2008 auprès de la MGEFI. Le résultat de l'activité s'élève à 853 K€.

Les opérations d'apports évaluées sur la base des comptes au 31/12/2007 se sont traduites par une diminution du bilan de 3 760 K€ : à l'actif par une diminution du portefeuille titres de 4 086 K€ générant ainsi une plus value de 468 K€ inscrite dans son résultat financier et une augmentation des créances de 563 K€ en raison du compte de liaison des opérations financières réciproques aux deux entités.

Au passif les fonds propres de la Mutuelle sont diminués de 4 553 K€, montant de l'apport net effectué à la MGEFI conformément au traité conclu. Les dettes sont augmentées de 1 042 K€ dues à la MGEFI afin de solder en numéraire les opérations d'apports, et diminuées de 249 K€ transférées à la même entité. Il a été constitué une provision de 340 K€ afin de couvrir l'engagement de soutenir sur 3 ans l'augmentation des cotisations des adhérents.

Le compte de résultat non vie s'élève à 470 K€ et présente le montant des cotisations allouées à l'action sociale et voté par l'assemblée de juin 2007 pour l'exercice 2008. Les prestations sont constituées des secours exceptionnels, de la prévention santé et des aides ménagères grevée des charges de liquidation des prestations.

Le résultat financier de 761 K€ est constitué des produits de placement des titres conservés et de la plus-value réalisée sur le transfert des titres à la MGEFI.

Le résultat exceptionnel est diminué du montant de la provision constituée pour la couverture des cotisations. ■

LES COMPTES DE L'ACTION SOCIALE



Actif "action sociale" (en euros)

	2008
Actifs incorporels	0,00
Placements	5 828 567,34
Créances	643 663,44
Autres actifs	613 034,32
Comptes de régularisation - Actif	24 404,00
Total de l'actif	7 109 669,10

Passif "action sociale" (en euros)

	2008
Fonds mutualistes et réserves	4 953 537,81
Provisions techniques brutes	0,00
Autres dettes	1 813 189,57
Comptes de régularisation - Passif	3 387,00
Provisions pour risques et charges	339 554,72
Total du passif	7 109 669,10

Compte de résultat non vie "action sociale" (en euros)

	2008
	Opérations nettes
Cotisations acquises	300 000,00
Produits des placements alloués du compte non technique	-
Autres produits techniques	332 584,65
Charges des prestations	149 093,42
Frais d'acquisition et d'administration	5 217,50
Autres charges techniques	8 073,73
Résultat technique des opérations non vie	470 200,00

Compte de résultat non technique " action sociale" (en euros)

	2008
Résultat technique des opérations non vie	470 200,00
Produits des placements	761 000,13
Charges des placements	37 102,06
Produit des placements transférés au compte technique non vie	0,00
Autres produits non techniques	0,00
Autres charges non techniques	0,00
Résultat exceptionnel	-335 059,07
Impôt sur le résultat	5 848,67
Résultat de l'exercice	853 190,33

Budget prévisionnel (en milliers d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cotisations acquises	300	253	253	253	253	253
Produits des placements aff R.T.	0	0	0	0	0	0
Autres produits techniques	333	0	0	0	0	0
Charges des prestations	149	250	250	250	250	250
Frais d'acquisition et d'administration	5	0	0	0	0	0
Autres charges techniques	8	96	96	96	96	96
Résultat technique des opérations non vie	470	-93	-93	-93	-93	-93

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Résultat technique des opérations non vie	470	-93	-93	-93	-93	-93
Produits des placements	761	94	94	94	94	94
Charges des placements	37	0	0	0	0	0
Produit des placements transférés au compte technique non vie	0	0	0	0	0	0
Autres produits non techniques	0	0	0	0	0	0
Autres charges non techniques	0	0	0	0	0	0
Résultat exceptionnel	-335	0	0	0	0	0
Impôt sur le résultat	6	0	0	0	0	0
Résultat de l'exercice	853	1	1	1	1	1

Le Conseil d'administration présente 2 types de modifications :

- celles qui font suite à une réorganisation interne.
- celles qui nécessitent une adaptation de nos textes par rapport à ceux de MGEFI.

En raison du nombre d'articles, ceux-ci ne sont pas publiés dans cette revue. Ils sont consultables sur le site de la Mutuelle ou auprès de votre commission de gestion.

► Réorganisation interne

- Changement d'objet : en raison de son transfert d'activité vers MGEFI au 1^{er} janvier 2009, la Mutuelle de l'Insee n'exerce plus d'activité de livre II (santé et prévoyance). Elle est désormais soumise aux dispositions du livre III du code de la Mutualité : sont modifiés les articles 1 et 2.

- Précision sur la méthode de convocation de l'Assemblée Générale ; celle-ci doit être convoquée quinze jours avant sa date de réunion : est modifié l'article 27.

- Correction sur les modalités d'élection au Conseil d'administration ; un paragraphe de l'article concerné n'avait pas été supprimé en 2008 : est modifié l'article 35.

- Définition des modalités d'élections du Président : est modifié l'article 48.

- Arriérés éventuels restant dus en cas de radiation, démission ou exclusion : est modifié l'article 18.

- Précision en cas de vacance du poste de Président : est modifié l'article 49.

► Adaptation de nos textes à ceux de MGEFI

Ces adaptations ou réécritures de texte par rapport aux statuts ou règlements de MGEFI sont des modifications de formes et n'entraînent aucune conséquence pour l'adhérent.

- Modification des articles qui font référence aux 3 règlements mutualistes MGEFI alors que la Mutuelle de l'Insee n'en disposait que d'un : sont modifiés les articles 4, 11, 18, 69 et 71.

- Adaptation relative à la définition des membres participants et ayants droits de MGEFI dans nos textes : est modifié l'article 9 paragraphes 1 et 2.

- Suppression de la référence aux droits d'admission (la Mutuelle de l'Insee perçoit désormais des cotisations forfaitaires rétrocédées par MGEFI) : est modifié l'article 29.

- Modifications qui font référence à des articles renumérotés : 30 et 70.



► Modification du règlement de la commission d'action sociale

- Actualisation du règlement concernant la suppression de la participation d'indemnité aux frais d'obsèques depuis 2008 : est supprimé l'article 3.

- Modifications concernant la transformation des sections en commission de gestions : sont modifiés les articles 8, 9 et 10 (ancienne numérotation). ■

EFFECTIFS AU 31 DÉCEMBRE 2008

Régions	MEMBRES PARTICIPANTS				MEMBRES PARTICIPANTS			MEMBRES ASSOCIÉS			MEMBRES PARTICIPANTS ET ASSOCIÉS			BÉNÉFICIAIRES NON COTISANTS			TOTAL
	Actifs	Retraités	Autres activités détachement disponibilité	Veuves, veufs	Orphelins, enfants majeurs handicapés	MEMBRES PARTICIPANTS		Conjoints associés	Enfants associés	Autres membres associés	MEMBRES PARTICIPANTS ET ASSOCIÉS			Conjoints bénéficiaires	Enfants bénéficiaires	Autres bénéficiaires	
Alsace	84	59	3	7		153	4	7	1	165	3	28			196		
Antilles-Guyane	109	38	6	1		154	19	14	2	189	9	74	1		273		
Aquitaine	184	116	1	6		307	24	11	1	343	11	75			429		
Auvergne	93	92		2		187	10	6		203	3	43			249		
Bourgogne	126	104	4	4		238	10	12		260	7	64			331		
Bretagne	184	108	2	10		304	17	21	1	343	4	106			453		
Centre	204	99	1	7	1	312	16	24		352	9	88			449		
Champagne-Ardenne	90	61	3	3		157	9	2	2	170	3	47			220		
Corse	36	12	2	1		51	5	7		63	3	24			90		
Franche-Comté	61	7	2	2		72	4	6		82	1	43			126		
Île-de-France	186	45	3		1	235	6	15	3	259	5	102			366		
Languedoc-Roussillon	147	127	1	6		281	20	23	1	325	11	71	1		408		
Limousin	76	63	1	1		141	5	8	2	156	2	55			213		
Lorraine	103	50	1	4		158	7	14	1	180		63			243		
Midi-Pyrénées	259	172	6	7		444	28	27	3	502	24	124	2		652		
Nord - Pas-de-Calais	237	108	2	7		354	11	8	2	375	11	119			505		
Basse-Normandie	82	21	1	2		106	12	14		132	3	70			205		
Haute-Normandie	116	64	1	2		183	8	14	1	206	2	50			258		
Pays de la Loire	406	171	7	10		594	43	61	5	703	24	189			916		
Picardie	72	16				88	7	6		101	6	44			151		
Poitou-Charentes	109	84		5		198	16	12		226	6	57			289		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	289	191	3	13	1	497	32	25	7	561	22	153	1		737		
Réunion	72	26	3			101	13	4		118	13	75	2		208		
Rhône-Alpes	201	115	5	4	1	326	14	31	1	372	9	128	2		511		
Direction générale	1 286	455	123	20		1 884	78	122	1	2 085	81	595	4		2 765		
TOTAL	4 812	2 404	181	124	4	7 525	418	494	34	8 471	272	2 487	13		11 243		

Quelques statistiques

► L'offre santé

Contactés par courrier au cours de l'été, les adhérents ont dû opter pour leur offre santé.

Au 31 décembre 2008, les membres participants directs (MPD) et membres participants associés (MPA) ont choisi à 65 % l'offre Vita santé, à 32,3 % l'offre Multi santé et à 2,7 % l'offre Prémi santé. ■

Choix de garantie santé au 1^{er} janvier 2009

Effectif	VITA SANTÉ	MULTI SANTÉ	PRÉMI SANTÉ	TOTAL
Membres participants directs	4 621	2 580	171	7 372
Membres participants associés	937	129	072	1 138
TOTAL	5 558	2 709	243	8 510

► L'offre prévoyance

Les offres de prévoyance compensatoire étaient destinées aux seuls membres participants directs.

Les actifs ont pu étendre leurs garanties en cas de perte de revenus avec les contrats "Premuo perte de revenus MI11" et "Plurio incapacité invalidité MI09" et pour le décès avec le contrat Premuo capital avantage MI10.

L'ensemble des membres participants directs (actifs et retraités) avaient également la possibilité d'augmenter la garantie dépendance comprise dans le contrat statutaire "PremuoM022" avec le contrat "Plurio dépendance MI06".

Concernant les frais d'obsèques, le contrat "Plurio MI05" pouvait être souscrit jusqu'à l'âge de 80 ans.

Quelques statistiques...

49 % des membres participants directs "actif" ont souscrit le contrat Premuo MI11 et 24 % le contrat "Plurio MI09".

Concernant la dépendance, 35 % des MPD actifs et retraités ont souhaité augmenter la garantie de base. ■

Contrat	Effectif	% population concernée
Premuo perte de revenus MI11	2 603	49%
Plurio Incapacité invalidité MI09	1 279	24%
Plurio dépendance MI06	2 535	34%
Plurio Obsèques MI05	32	1%

► Le contrat MI10 proposait plusieurs options :

7 10 membres participants directs (soit 13 %) ont choisi d'accroître leur garantie décès contenue dans le contrat PREMUIO M022 avec la garantie A de ce contrat.

391 membres participants directs ont souscrit un capital éducation pour leurs enfants en cas de décès avec la garantie B.

378 ont décidé de prolonger le capital décès du contrat PREMUIO M022 jusqu'à l'âge de 65 ans.

Enfin, 218 adhérents ont prolongé le capital décès et le capital complémentaire (garantie A) jusqu'à 65 ans. ■

L'assurance de tous les fonctionnaires



AMF Assurances - Société du *Groupe Matmut*

www.amf-assurances.fr

