



Université Paris 1 Panthéon Sorbonne

UFR FCPS

Année universitaire 2018-2019

Taille et stratégies des mutuelles face aux mutations de l'assurance santé
complémentaire en France

Mémoire pour l'obtention du diplôme de master 2 professionnel

Mention AES

spécialité Cadres de la Mutualité, de l'Assurance et de la Prévoyance

présenté et soutenu publiquement par

Marc LECLÈRE

le 14 janvier 2020

Directeur de mémoire : Camille CHASERANT, maître de conférences en sciences économiques, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

L'université Paris 1 Panthéon Sorbonne n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans ce document. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

A ma mère,

Je souhaite remercier en premier lieu l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne qui nous a offert un cadre stimulant et riche. Je remercie vivement ma directrice de mémoire Camille Chaserant. Sa patience, sa réactivité, mais surtout son regard d'une étonnante acuité sur les idées et productions intermédiaires, m'ont été d'une aide très précieuse. Je remercie également toute l'équipe enseignante du master CAMAP, toujours disponible pour apporter son éclairage et répondre à nos interrogations.

Je suis reconnaissant à la mutuelle Unéo et à son président Jean-François Furet Coste pour m'avoir donné l'occasion de vivre cette expérience particulière et enrichissante. Je remercie chaleureusement ses équipes opérationnelles et plus particulièrement Cécile Barrès, Quentin Bériot, Anton Camp, Marie Chabaud, Laurent Desbouvry, Nathalie Motte, Nelly Roux, Béatrice Verdaguer et Damien Weidert dont le soutien concret, continu et multiforme serait beaucoup trop long à décrire.

Je remercie vivement Jean-Philippe Diguët et ses équipes du système fédéral de garantie de la FNMF, qui m'ont permis d'accéder à des données anonymisées particulièrement utiles. Ils ont en outre pris sur leur temps pour répondre très rapidement à mes interrogations et demandes de précisions.

Je remercie également Didier Bazzocchi, directeur général de la MMA, pour ses conseils amicaux et l'entretien approfondi et particulièrement éclairant qu'il a bien voulu m'accorder, ainsi que tous les dirigeants opérationnels qui ont bien voulu prendre sur leur temps pour répondre au questionnaire que je leur ai adressé. J'exprime bien sûr ma gratitude à tous les auteurs et analystes en référence sans qui on ne peut tenter ce genre d'exercice. J'espère vivement n'avoir pas déformé leurs propos.

Je n'oublie pas mes camarades de la 14^{ème} promotion « *Epicure* » du master CAMAP sans qui ce cursus, ni même sans doute ce mémoire, n'auraient été les mêmes.

Je ne peux oublier non plus ma femme et mes enfants. Si leur contribution peut être qualifiée de fort indirecte, elle est néanmoins réelle.

Enfin, et c'est une forme de remerciement, j'ai choisi, pour agrémenter et illustrer certains propos de ce mémoire, de façon métaphorique ou humoristique, des citations de trois personnalités du siècle dernier qui ont compté pour moi et sans doute pesé sur mes choix professionnels, mais aussi sur la rédaction de ce mémoire :

- Marcel Dassault (1892-1986), ingénieur, entrepreneur, déporté et homme politique ayant contribué à écrire parmi les plus belles pages de l'aéronautique militaire et civile française. Décédé entre le premier vol du démonstrateur Rafale et le lancement du programme d'avion de combat du même nom qui marqua les premiers temps de ma carrière, il avait aussi une vision sociale, voire familiale, de l'entreprise et de son rôle de patron.
-

-
- Antoine de Saint Exupéry (1900-1944). Il est inutile de présenter cet auteur d'un des ouvrages les plus vendus dans le monde. Il symbolise par sa vie et ses récits la part de rêve et de lyrisme en tout aviateur.
 - Auguste Detœuf (1883-1947), ingénieur, ancien élève de l'école Polytechnique, haut fonctionnaire, industriel - fondateur d'Alstom - et essayiste. Il est l'auteur d'une conférence post crise en 1936, plutôt décapante pour un grand industriel, intitulée « *La fin du libéralisme* ». Elle invite, d'une certaine façon, à remettre le « devoir social » au sommet des priorités. Des extraits en sont donnés en annexe 6. Mais son ouvrage le plus connu, « *Propos d'O.L. Barenton, confiseur* », dont sont tirées les citations utilisées, est un truculent recueil de petits essais, de maximes percutantes et d'aphorismes sur l'entreprise, les hommes et femmes qui la composent et la dirigent, l'économie, les ingénieurs et leurs écoles respectives. L'auteur s'y moque de tout, y compris de lui-même, avec un humour aiguisé tout autant qu'averti. Cet ouvrage m'a malicieusement été offert et dédié par *mon père* après ma réussite aux concours.

Le remerciement final est justement pour *mon père*. Il m'a transmis je crois, entre bien d'autres choses, sa curiosité intellectuelle et son envie jamais assouvie de comprendre. Cela m'a ouvert, c'est certain, suivant ses traces, un boulevard à la carrière d'ingénieur, même si j'y ajoutais des dimensions nettement plus personnelles : le rêve d'Icare, le service de l'État et des armes de la France. Il a également cherché à me transmettre, devant établis, outils et copeaux, un certain goût pour les savoir-faire pratiques transmis, qu'il tenait lui-même de ses ancêtres compagnons charpentiers.

Ce mémoire doit certainement quelque chose à ces héritages.

« Un bel avion est un avion qui vole bien. »

Marcel Dassault

SOMMAIRE

Résumé et mots clés	5
Abstract and keywords.....	6
Introduction	7
Première partie.....	11
Concentration des mutuelles : Pourquoi ?.....	11
I.1. Le mouvement de concentration des assureurs en complémentaire santé.....	14
I.1.a) Contexte des organismes complémentaires d'assurance maladie	14
A. Complémentaire santé : un environnement instable, fortement encadré et fiscalisé.....	15
B. Solvabilité II : une réforme très structurante.....	18
C. Solvabilité II : une réforme critiquée aux effets insuffisamment évalués ?.....	19
I.1.b) Dynamique comparée de la concentration selon la structure juridique des organismes.....	22
I.1.c) Effets et typologie de la concentration	24
A. Concentration du marché : assez forte et en forte croissance	24
B. Typologies des regroupements prudentiels	25
C. Evolution des parts de marché en complémentaire santé selon la structure juridique des organismes	26
I.2. Se regrouper pour améliorer quelle performance ?.....	27
I.2.a) Quelles performances envisageables pour une complémentaire santé ?.....	27
A. Préambule : un modèle simplifié de compte de résultat	27
B. Sociétés de personnes et sociétés de capitaux : une même approche de la performance ? 30	
C. Le « Return On Equity » est-il néanmoins une performance clé pour les assureurs ?.....	34
D. Le ratio prestations sur cotisation : une bonne mesure ?.....	37
E. Un nouvel indicateur DREES.....	39
F. La mesure de la valeur de la qualité de la relation à l'adhérent.....	40
G. Servir le plus grand nombre.....	43
H. Survie et solvabilité.....	43
I. D'autres mesures de la « valeur ajoutée » de l'assureur ?	45
J. Et le taux de frais de gestion ?	47
I.2.b) Proposition de choix de performances pour une mutuelle	49
I.2.c) Les mutuelles sont-elles performantes ?	49
I.3. Quelles raisons sont les plus fréquemment avancées pour expliquer la forte concentration ?.....	53
Deuxième partie	59
Y a-t-il une taille critique en assurance santé ?	59
II.1. Quelques repères théoriques et empiriques	60

II.1.a) Qu'est-ce que la taille critique ?.....	60
II.1.b) Économies d'échelle et évolution des coûts moyens à long terme.....	62
II.1.c) Economies d'échelle vs économies d'envergure.....	65
II.1.d) Taille et compétitivité : un exemple d'étude empirique en secteur manufacturier	65
II.1.e) Déterminants de la taille des entreprises et relation entre taille et performance : un champ d'étude vaste et controversé	67
II.2. Quels sont les avantages de la taille pour un assureur santé ?	69
II.2.a) Quelle mesure de la taille pour un organisme assureur en santé ?	70
II.2.b) Avantages attendus	71
II.2.c) Quelle analyse peut-on faire de ces avantages ?	74
A. Optimisations actuarielles	74
B. Optimisations du capital économique	75
C. Une taille minimale pour obtenir des économies d'échelle sensibles ?.....	77
D. Des limites aux économies d'échelle ?	79
E. Capacité d'investissement.....	82
F. Capacité à attirer et fidéliser des talents	84
G. Pouvoir de marché	84
H. Notoriété.....	86
II.2.d) Y a-t-il des risques liés à une trop grande taille ?	87
A. Risques de « déséconomies d'échelle »	87
B. Risque spécifique à la mutualité.....	87
C. Autres facteurs	87
II.2.e) Peut-on partir de zéro en assurance santé ? Le cas Alan	87
II.3. Analyse de la situation sur 165 mutuelles.....	89
II.3.a) Echantillon analysé et distribution des tailles.....	89
II.3.b) Ratios de solvabilité en fonction de la taille	93
II.3.c) Taille et frais de gestion	96
II.3.e) Taille et résultats	100
II.3.d) Taille et ratio prestations sur cotisations	104
II.3.e) Quelques conclusions	105
II.4. Enjeux de la taille en complémentaire santé : tentative de synthèse	106
II.4.a) La « taille critique » en complémentaire santé : un concept fragile ou trop vague	106
II.4.b) Des mutuelles de pratiquement toutes les tailles sont potentiellement viables, sous conditions.....	107
II.4.c) La taille compte néanmoins : proposition de quelques seuils	108
A. De 0 à 5 M€	108
B. De 5 à 25 M€	109
C. De 25 à 100 M€.....	109
D. De 100 à 500 M€	109
E. De 500 à 1 000 M€	110
F. 1 000 M€ et au-delà	110

G. La taille est la conséquence de la stratégie plus que son essence	111
II.4.d) Si la taille est globalement contingente, où sont les défis ?	111
Troisième partie	113
Quelle stratégies pour les mutuelles aujourd'hui ?	113
III.1. Les mutuelles, sociétés de personnes, disposent-elles d'atouts particuliers ?	114
.....	114
III.1.a) Des « sociétés à mission » ?.....	114
III.1.b) Le capital des mutuelles, difficile à constituer est-il un facteur de	
stabilité économique ?.....	115
A. Un accès au capital difficile qui nécessite de « provisionner »... ..	116
B. ... mais une nature particulière du capital faisant des mutuelles un « pôle de stabilité »...	
117	
C. ... et des investisseurs de long terme	117
III.1.c) Une mutuelle doit-elle faire des bénéfices ?.....	118
A. Les bénéfices comme une nécessité économique.....	118
B. Un faible résultat, notamment technique, est-il un indicateur de vulnérabilité ?.....	119
C. Un faible résultat, notamment technique, pourrait-il être critiqué au regard des règles	
qui encadrent la concurrence ?	119
D. Modérer les bénéfices pour redistribuer efficacement de la valeur	121
III.1.d) Peut-on dépasser certaines contraintes liées à la structure juridique ?.....	122
III.2. Les risques liés au mouvement de concentration	123
III.2.a) Fusions et groupes : précautions à prendre et quasi-irréversibilité	123
III.2.b) La perte de sens – la dilution du projet	124
A. Des valeurs menacées ?.....	125
B. Quid de la démocratie ?	125
C. Les groupes multi affinitaires : une piste de solution ?.....	126
D. Et la démutualisation ?	127
III.2.c) « Dérive autocratique » ou « technocratique » et perte de pouvoir	128
III.3. Peut-on objectiver la réussite des stratégies de regroupement ?.....	130
III.3.a) Suivant quels critères ? Que faudrait-il pouvoir mesurer ?.....	130
III.3.b) Un champ d'études complémentaires ?.....	131
III.4. Les enjeux de la gouvernance mutualiste.....	132
III.4.a) La gouvernance : des pratiques diverses et en évolution	132
III.4.b) La mutualité un modèle original ?	134
III.4.c) Des exigences de compétences renforcées.....	136
III.4.d) L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution souhaite une gouvernance	
éclairée.....	137
III.5. Les stratégies envisageables	138
III.5.a) Stratégies génériques et secteur de l'assurance santé	138
A. La focalisation ou spécialisation : le terrain historique des mutuelles ?.....	140
B. Peut-on dominer par les coûts ?	140
C. Peut-on jouer la différenciation ?	141

III.5.b) Autres dimensions de la stratégie.....	141
A. Diversification	141
B. Intérêt des coopérations comme alternative à la croissance externe	142
C. Des coopérations plus structurantes mais « multi-affinitaires » ?.....	142
III.5.c) Logiques à considérer en fonction de la taille.....	143
A. De 0 à 5 M€	144
B. De 5 à 25 M€	144
C. De 25 à 100 M€.....	144
D. De 100 à 500 M€	145
E. De 500 à 1 000 M€	145
F. 1 000 M€ et au-delà	145
Conclusion.....	149
Acronymes	157
Références bibliographiques	159
Table des illustrations.....	167
Table des matières.....	171
Table des annexes	175
Annexes.....	176

RESUME ET MOTS CLES

Taille et stratégies des mutuelles face aux mutations de l'assurance santé complémentaire en France

L'extraordinaire mouvement de concentration des mutuelles en France a été prédit, décrit et commenté depuis longtemps. Il semble conserver son rythme. Il s'inscrit dans un mouvement plus général touchant le secteur de l'assurance et plus particulièrement celui de la complémentaire santé. Ce secteur est à la convergence d'un très grand nombre de réformes complexes et permanentes, de contraintes, réglementations et politiques parfois contradictoires. La concurrence y est plus active que jamais entre plusieurs centaines d'assureurs. La « Mutualité Française », remise en question plus que tout au long de sa riche, ancienne et mouvementée histoire, doit à nouveau chercher le bon chemin et redéfinir son projet et sa place.

Ce mouvement de concentration semble suggérer que la recherche d'une taille plus importante est au cœur des solutions aux problèmes rencontrés et en passe de devenir la nouvelle règle d'or et le cap à suivre dans toute stratégie. A ce stade du mouvement, nous cherchons à comprendre les facteurs qui l'animent encore et à identifier les résultats qu'a pu produire cette concentration ainsi que les questions techniques et stratégiques qu'elle soulève.

Nous identifions et résumons tout d'abord les principales motivations invoquées pour expliquer la dynamique actuelle : le poids des évolutions réglementaires et la pression concurrentielle entraînent la recherche d'économies d'échelle et la redéfinition du contour des projets et de la stratégie. Après nous être interrogés au préalable sur la notion de « performance », nous confrontons ces motivations à l'analyse de données globales ou individuelles sur 165 mutuelles. Nous cherchons à évaluer la pertinence de l'idée souvent évoquée d'une « taille critique » et cherchons à recueillir l'avis de managers expérimentés en la matière.

Le mémoire suggère qu'il n'existe pas de « taille critique » dans l'absolu en complémentaire santé mais que la taille, actuelle ou visée, soulève des problématiques différentes selon des seuils approximatifs. Si la taille reste un problème en soi pour certaines très petites mutuelles, le questionnement stratégique d'aujourd'hui est à rechercher ailleurs. Les mutuelles doivent s'interroger sur la valeur et la viabilité de leur projet en fonction de leur cible spécifique, de leur propres forces et faiblesses. Les regroupements et partenariats doivent placer ces interrogations avant toute recherche d'une taille sans cesse plus importante sur le seul marché de l'assurance santé où la concurrence fait rage. Dans cette perspective, disposer d'une gouvernance appropriée, qualifiée, crédible et efficace, capable à la fois de porter et définir l'essence d'un projet relevant de l'économie sociale et solidaire et de parfaitement comprendre les défis et enjeux clés du secteur de l'assurance, est un enjeu essentiel.

Mots clés : Mutuelles, Complémentaire santé, Concentration, Taille critique, Gouvernance, Performance, Stratégie.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Size and strategies for the mutuals in the context of the transformation of the complementary health insurance sector in France

The tremendous movement of concentration of French mutuals has been forecast, described and commented for long. It seems to keep its pace. It is part of a more general move in the insurance sector and more so in health insurance sector in France. This sector is at the convergence of a huge number of permanent and complex reforms, constraints and policies, sometimes contradictory. Competition is more active than ever between several hundreds of insurers and the community of French mutuals, the so called “Mutualité Française”, is questioned more than all along its rich and hectic history to find the right way ahead and redefine its project and place.

Such a rate of concentration could suggest that seeking a bigger size is at the heart of the solutions and could be the new golden rule and compass for strategy. At this point of the movement, we try to understand the rationale and to identify results, if any, of the current gatherings as well as the real technical and strategical issues.

In this report we identify and summarize the mains factors or reasons invoked to explain the dynamics of this concentration: regulatory reforms and increased competition pressure lead to seek for economies of scale and renewed strategy and perimeter. After an examination of what can “performance” mean for a health insurance mutual, we question this rationale with respect to global data as well as individual data from 165 mutuals. We challenge the idea of a “critical size” and try also to capture the empiric vision of some experienced managers about it.

Report suggests that there is no “critical size”, in absolute terms, for complementary health insurance activity but that current or targeted size raises different issues, weaknesses and strengths with some approximate threshold levels. If size is still a matter in itself for some very small mutuals, the strategic issues of today are elsewhere. Mutuals must question both the value and viability of their projects with respect to their specific targets, strengths and weaknesses. Gatherings and partnerships should place this first before seeking an ever-bigger size in this competition intensive health insurance market. In this perspective an appropriate, qualified, credible and effective governance, both bearing the heart and essence of the project and fully able to understand the environment and the key challenges of insurance business, is paramount.

Key words: Mutuals, Complementary health insurance, Concentration, Critical size, Governance, Performance, Strategy.

INTRODUCTION

Le défi posé à la Mutualité

Au sortir de la deuxième guerre mondiale, avec la création de la Sécurité sociale, l'avenir et les raisons d'être de la Mutualité sont remis en question. Cette première crise existentielle trouve son issue dans un nouveau positionnement. Après avoir été à la source de la création des solidarités, mais sur les bases volontaires qui constituent une valeur fondamentale des mutuelles, elles se retrouvent positionnées en marge du régime obligatoire de base [Chadelat, 2016]. Elles deviennent des « organismes complémentaires d'assurance maladie », offrant à leurs adhérents la possibilité de couvrir tout ou partie du « ticket modérateur », non pris en charge par la Sécurité sociale, grâce à la mutualisation de leurs cotisations. Certaines d'entre elles peuvent aussi gérer le régime obligatoire, notamment celui des fonctionnaires. Si le nombre de mutuelles commence à diminuer, celui de leurs adhérents a considérablement augmenté depuis 1945. Finalement, le destin du régime de base et celui du régime complémentaire se nouent. Les « mutuelles 45 » sont nées.

Progressivement, au cours des décennies qui suivent, le champ d'action de la complémentaire santé est investi par d'autres acteurs, d'abord par le biais des contrats collectifs. Compagnies d'assurance et institutions de prévoyance deviennent de plus en plus présentes et la concurrence devient généralisée, dans les années 80. L'introduction d'acteurs, aux logiques, valeurs et histoires différentes, fait aussi évoluer les garanties offertes par les complémentaires santé : plus de tarification en fonction du risque et moins de solidarité entre générations. Les mutuelles commencent à introduire des techniques assurantielles dans leur gestion. Les anciennes « sociétés de secours mutuels » renommées « sociétés mutualistes », puis plus simplement « mutuelles », deviennent aussi pour nombre d'entre elles, de fait, des « assureurs ». Le congrès de la FNMF de 1988 prend acte du fait que les groupements mutualistes « *deviennent progressivement des entreprises* » [Chadelat, 2016]. Le mouvement de concentration des mutuelles, historiquement particulièrement nombreuses, initié dans les décennies qui suivent l'après-guerre, s'installe durablement.

Le rapport « Assurons l'avenir de l'assurance », est rédigé pour le Sénat par Alain Lambert en 1998, dans un contexte où le secteur Français des assurances pouvait paraître, aux yeux de certains, fragile au regard des évolutions en cours et notamment de l'intégration européenne qui se poursuit. Un peu alarmiste, le rapport était alimenté notamment par les auditions des différentes représentations professionnelles, des autorités de contrôle et celles de grands assureurs. Il annonçait l'histoire des 20 ans qui ont suivi et même, d'une certaine façon, la provoquait. Il critiquait notamment les conditions d'exercice hétérogènes dont bénéficiaient certains acteurs du domaine de l'assurance et tout particulièrement les « mutuelles 45 » en matière de fiscalité, de subventions, de facilités, de règles prudentielles et comptables et même de clientèles jugées captives, en raison de leur positionnement historique et peut-être aussi de la gestion déléguée du régime obligatoire de base qui est confiée à certaines d'entre elles.

Dans la foulée du rapport Lambert, les choses s'accélérent. Les réformes et modifications des conditions d'exercice des complémentaires santé, au carrefour du régime obligatoire de la sécurité

sociale et du monde de l'assurance, se multiplient. Toutes les « conditions d'exercice hétérogènes » sont ainsi progressivement normalisées. Les clientèles sont de moins en moins susceptibles d'être jugées captives. La concurrence devient totale. Le rythme de la concentration ne faiblit pas : de plus de 10 000 mutuelles à l'entrée des années 70, l'ensemble des organismes intervenant en complémentaire santé est aujourd'hui au nombre d'un peu plus de 400 seulement, tous types d'organismes confondus. Les parts de marché des mutuelles ne cessent de s'éroder, même si elles couvrent encore aujourd'hui environ 50% des assurés, que le contrat soit individuel ou collectif.

Ce mouvement de concentration et la réduction drastique du nombre d'acteurs semblent suggérer que la recherche d'une taille plus importante est au cœur des solutions aux différents problèmes rencontrés par les mutuelles pour s'adapter à la nouvelle donne.

Ce mémoire cherche à proposer des clefs de compréhension actualisées des facteurs de la concentration des mutuelles et de ses effets, ainsi qu'à aborder les questions, notamment stratégiques, qu'elle soulève encore. Il cherche plus particulièrement à évaluer à quel point la question de la taille doit aujourd'hui influencer la stratégie des organismes de complémentaire santé et plus particulièrement celle des mutuelles.

Nous explorerons donc en particulier les questions suivantes : comment peut-on définir la taille ? quelles peuvent être les performances recherchées ? quels sont les avantages et les risques liés à la taille ? existe-t-il une « taille critique » en complémentaire santé ? quels sont les risques propres à la mutualité dans ce mouvement de concentration ? comment les maîtriser ? quelles sont les différentes stratégies envisageables ?

Dans une première partie, nous rappelons le contexte dans lequel opèrent les organismes d'assurance intervenant en complémentaire santé et notamment les évolutions les plus récentes, sur le champ de la couverture santé ou sur celui du monde de l'assurance. L'environnement réglementaire se complexifie, dans le domaine de la complémentaire santé, où les contrats et prestations sont fortement encadrés mais aussi fiscalisés, mais aussi en ce qui concerne les activités assurantielles. La dernière décennie a notamment vu la mise en place d'une réforme particulièrement structurante pour les assureurs : la directive « Solvabilité II ». Cette réforme poursuit des objectifs incontestables : favoriser la stabilité financière et offrir davantage de sécurité aux assurés européens. Elle veut aussi faire de l'intégration du marché européen de l'assurance une réalité. Elle paraît jouer un rôle majeur dans les évolutions du paysage des assureurs et notamment des mutuelles. Elle a fait aussi l'objet de certaines critiques, non pas en ce qui concerne les objectifs poursuivis, mais quant aux nouvelles règles quantitatives et mêmes qualitatives, jugées trop complexes, parfois disproportionnées et aux effets peut-être mal anticipés. En tout état de cause, les fondamentaux de la réforme semblent en place pour longtemps. Toutefois quelques ajustements sont déjà envisagés. Les conséquences sur le monde de l'assurance et plus particulièrement sur les petites entités, devraient continuer d'être observées, même si certaines simplifications et un élargissement du « principe de proportionnalité » peuvent être espérés.

Nous examinons aussi la dynamique de la concentration. Elle apparaît très différenciée selon les familles d'assureurs. Alors que le nombre de mutuelles diminue, les sociétés relevant du code des

assurances sont, elles, plus nombreuses aujourd'hui qu'en 2009, à intervenir en complémentaire santé. Leurs parts de marché progressent régulièrement, au détriment de celles des mutuelles [DREES, 2019].

La question de la performance recherchée par les organismes mutualistes, déjà explorée, par exemple par Couret et Lacan [2009] ou encore Caby et Lamarque [2019], paraît être une question essentielle pour comprendre ce qui peut guider les évolutions et les stratégies. Sans définition et pilotage de la performance, des objectifs, il n'y a ni projet ni gouvernance valides. Pour les mutuelles santé, leur secteur d'activité est toutefois si fortement encadré que cela limite les champs potentiels de création de valeur. Nous retiendrons néanmoins quelques indicateurs très simples, centrés sur la valeur économique objective pour l'adhérent mais aussi la valeur qu'il perçoit, ainsi que l'atteinte d'une cible donnée pouvant marquer le succès du projet porté par la mutuelle. Nous écarterons celui de la rentabilité des capitaux et considérerons par ailleurs que le niveau de solvabilité est une exigence, mais pas une performance.

Nous identifions et résumons ensuite les principales motivations invoquées par les analystes pour expliquer la dynamique actuelle : le poids des évolutions réglementaires et la pression concurrentielle entraînent la recherche d'économies d'échelle et la redéfinition des contours des projets et de la stratégie. Ils façonnent également des regroupements structurants entre acteurs. Les solutions trouvées dans ce contexte ont souvent comme ressort sous-jacent la recherche d'une taille plus importante, voire celle d'une « taille critique ».

Dans la deuxième partie, nous cherchons donc plus particulièrement à évaluer la pertinence de l'idée d'une « taille critique » pour une mutuelle et tentons d'évaluer celle-ci. Après une courte revue de littérature permettant de cerner les sous-jacents théoriques ou empiriques de cette notion, nous passons en revue les principaux avantages que la taille est susceptible d'apporter à un assureur, puis les analysons en croisant quelques références et les avis de managers expérimentés. Ces analyses nous permettent de quantifier de façon heuristique certains seuils susceptibles de marquer des transitions en matière d'effets ou de caractéristiques liés à la taille. Enfin nous analysons les données des rapports publics, mais aussi des données anonymisées, individuelles et agrégées, portant sur 165 mutuelles afin d'essayer d'y identifier, notamment, des effets de la taille. Nous observons que les petites mutuelles sont dans des situations très diverses. En moyenne elles semblent rester robustes et efficaces mais, en réalité, cela cache une grande dispersion des situations et nombre d'entre elles semblent proches de la fragilité. Les plus grosses semblent plus stables mais pas nécessairement explicitement plus efficaces ou performantes aujourd'hui, ni même mieux capitalisées au regard de leurs engagements.

Nous montrons qu'il ne semble pas exister de « taille critique » dans l'absolu, ni même de taille optimale en complémentaire santé. En revanche, la taille, actuelle ou visée, soulève des problématiques, procure des avantages et des inconvénients et fait émerger des risques, différents selon des seuils approximatifs. Nous en proposons un premier recensement par tranches de taille.

Finalement, il apparaît aussi que la taille résulte de la stratégie plus qu'elle ne doit la guider et que chaque plage de taille entraîne son lot d'analyse, d'actions et de précautions. Le seul défi pour une mutuelle consiste donc à actualiser sa raison d'être et sa stratégie de façon réaliste dans un contexte devenu, sommes toutes, radicalement complexe, difficile, pour ne pas dire hostile. Il convient donc de

tirer quelques ressources des valeurs et atouts des mutuelles et de ne pas négliger les nombreux points de vigilance que la concentration soulève. La taille actuelle et surtout le marché visé, ne constituent alors que le point de départ de la réflexion sur les modalités de mise en œuvre, dont font partie les logiques éventuelles de partenariat et de regroupement.

Dans une troisième et dernière partie, nous revenons tout d'abord sur quelques différences, voire atouts qui peuvent caractériser les mutuelles : « Sociétés à mission » par nature, elles sont susceptibles de créer de la valeur pour leurs adhérents, tout en constituant un pôle, modeste, mais sans doute réel, de stabilité économique. Nous développons aussi l'analyse de quelques risques et points d'attention associés au mouvement de concentration. Nous soulignons à cet égard les enjeux de la gouvernance mutualiste et considérons qu'elle est aussi un modèle original, de nature à juguler les inévitables tensions entre logiques économique et sociale, ou encore entre les dynamiques divergentes de « *conformation* » et de « *maintenance* », au sens où elles sont décrites par Nathalie Lallemand-Stempak [2015, p.104].

Enfin, nous tentons de définir des stratégies génériques pour les mutuelles en fonction de leur taille. Nous prenons comme point de départ les stratégies génériques définies par Michael Porter au début des années 80 : focalisation, différenciation, domination par les coûts. Nous les complétons de dimensions de mise en œuvre de la stratégie : diversification, coopération, groupements structurants mais « multi-affinitaires ».

Le marché de la complémentaire santé fait partie des rares domaines au sein desquels il s'exerce une concurrence massive entre économie capitaliste et « alternative ». Il constitue un domaine de choix pour étudier l'interaction entre ces deux manières de faire de l'économie et sa dynamique. Cette cohabitation existe aussi de longue date dans l'assurance de biens [Couret, Lacan, 2009].

En quelques décennies, la Mutualité s'est trouvée plongée, y compris en son propre sein, dans une fournaise concurrentielle qui n'appartient pas à son terreau de valeurs d'origine et s'est aussi trouvée prise dans un tourbillon réglementaire. Le défi qui lui est ainsi posé est aujourd'hui sans doute pratiquement aussi fort que celui de 1945. Mais il est aussi plus insidieux et plus durable, parce que s'étalant sur une très longue période, parfois par petites touches, sans jalon ni positionnement clair qui en ressorte pour l'avenir. Il peut même faire redouter une mort lente ou encore un éclatement du mouvement. Pour les éviter, la Mutualité doit pouvoir compter sur ses ressources et ses capacités à toujours se réinventer et investir de nouveaux champs de besoins sociaux [Beaudet, Pierron, 2018].

Les mutuelles doivent donc s'interroger sur la valeur et la viabilité de leur projet, en fonction de leur cible spécifique, de leur propres forces et faiblesses, dont leur taille. Les fusions, regroupements et partenariats doivent placer ces interrogations avant toute recherche d'une taille sans cesse plus importante sur le seul marché de l'assurance santé où la concurrence fait rage.

Dans cette perspective, mais aussi, tout simplement, pour continuer l'œuvre actuelle, disposer d'une gouvernance appropriée, qualifiée, crédible et efficace, capable à la fois de porter et définir l'essence d'un projet relevant de l'économie sociale et solidaire et de parfaitement comprendre les défis et enjeux clés du secteur de l'assurance, apparaît être un enjeu essentiel.

PREMIERE PARTIE

CONCENTRATION DES MUTUELLES : POURQUOI ?

« Quand le mystère est trop impressionnant, on n'ose pas désobéir. »

Antoine De Saint-Exupéry

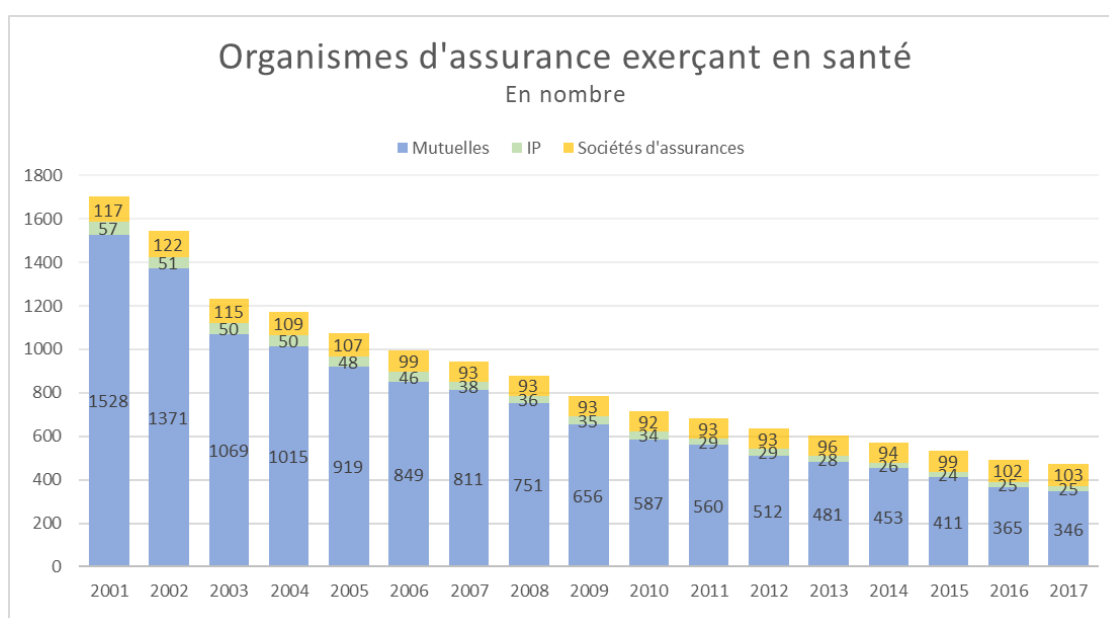


Figure 1 : Dynamique de la concentration des assureurs en complémentaire santé
(source des données : [DREES, 2018], selon données fond CMU)

Le mouvement de concentration des mutuelles n'est pas nouveau. Il s'accélère progressivement à la suite du nouveau positionnement de la Mutualité française qui s'est dessiné au sortir de la deuxième guerre mondiale. Nombre des « mutuelles 45 », ainsi nommées depuis, sont devenues des « complémentaires santé », dont le sort est très lié à l'Assurance Maladie, branche à visée universelle de la toute nouvelle Sécurité Sociale. Ce positionnement sera contesté par la montée en puissance d'autres types d'organismes d'assurance. Les mutuelles doivent séparer leurs réalisations sanitaires et sociales de leurs activités à caractère d'assurance. Plongées dans un « bain concurrentiel » en décalage avec leur terrain historique de valeurs et de modes de fonctionnement, elles deviennent de fait des assureurs mais aussi des « entreprises » de l'économie sociale et solidaire.

Ce « bain concurrentiel » entraîne son lot de mécanismes économiques et de marché, ainsi qu'un train de mesures bouleversant les conditions d'exercice des complémentaires santé. Le rapport Lambert [1998] « Assurons l'avenir de l'assurance » annonçait l'histoire des 20 ans qui ont suivi et même, d'une certaine façon, provoquait une partie du mouvement. Il jugeait nécessaire d'harmoniser les conditions d'exercice hétérogènes dont bénéficiaient certains acteurs et tout particulièrement les « mutuelles 45 ». Leur clientèle était jugée parfois captive et elles bénéficiaient, fruit de leur histoire et de leur caractère non-lucratif, de conditions particulières en matière de fiscalité, de subventions, de facilités diverses, ou encore de règles prudentielles et comptables.

Le rapport Lambert [1998] rappelle à cet égard la saisine en 1993 de la Commission européenne, contre la France, par la Fédération française des sociétés d'assurance en raison du régime fiscal accordé aux mutuelles et institutions de prévoyance ainsi que de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance dont bénéficient leurs contrats d'assurance maladie complémentaire.

Ce rapport était rédigé dans un contexte où le secteur français des assurances pouvait paraître fragile au regard des évolutions en cours et notamment de l'intégration européenne qui se poursuivait. Un peu alarmiste il était alimenté notamment par les auditions des différentes représentations professionnelles, des autorités de contrôle et celles de grands assureurs. Notons que, paradoxalement peut-être, le rapport estimait que les sociétés d'assurance françaises étaient plutôt en avance en termes de concentration. Peut-être fallait-il encore renforcer ces dernières.

Nous verrons plus loin que le rapport se montre toutefois particulièrement sceptique sur la pertinence d'une « course à la taille » et s'interroge sur ses réelles motivations. Nous étudierons la question de la taille dans la deuxième partie.

Le rapport Lambert [1998] mentionne notamment :

- *« l'accroissement de la concurrence induit par le décloisonnement des différents segments de l'assurance et par l'apparition de nouveaux acteurs (" bancassureurs ", vente directe, grande distribution) avait érodé les marges des entreprises » ;*
- *« les compagnies d'assurance sont aujourd'hui livrées à une concurrence sans merci sur un marché en voie de saturation.*

Or, le décloisonnement des marchés de l'assurance ne s'est pas accompagné de la nécessaire harmonisation des conditions d'exercice du métier de l'assurance sur un marché caractérisé par une mosaïque d'acteurs. De même, à la veille de l'entrée en vigueur de l'euro qui a des chances de rendre réel le marché unique de l'assurance, « les acteurs français demeurent lestés par des contraintes réglementaires et fiscales d'un autre âge ».

Extrêmement complet et replaçant l'analyse dans une perspective historique et contextuelle, le rapport Lambert reste, en dépit de son caractère désormais assez ancien, une source très précieuse. Des travaux plus récents s'y réfèrent toujours comme par exemple la thèse de Lallemand-Stempak [2013]. Ce mémoire y puisera fréquemment des éléments d'analyse, car beaucoup sont toujours actuels.

Concernant la dynamique de concentration, les chiffres sont parfois un peu divergents, sans doute en raison des hypothèses de décompte. Dans son audition du mercredi 17 juin 1998, M. Laurent Gratioux, Secrétaire général adjoint de la commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance, rappelait que le nombre des mutuelles était passé de 10600 en 1978 à 5700 en 1997 « dont 4.500 protègent moins de 3000 personnes. ». Il estimait déjà que « même en dehors de l'impact de la transposition des directives, ces mouvements de concentration devraient se poursuivre afin de permettre aux mutuelles de réaliser des économies de gestion, d'améliorer leur technicité et la professionnalisation des gestionnaires et de satisfaire aux règles prudentielles ».

Un graphique, repris en figure 2, illustre la dynamique, avec toutefois des chiffres différents pour les années 70.

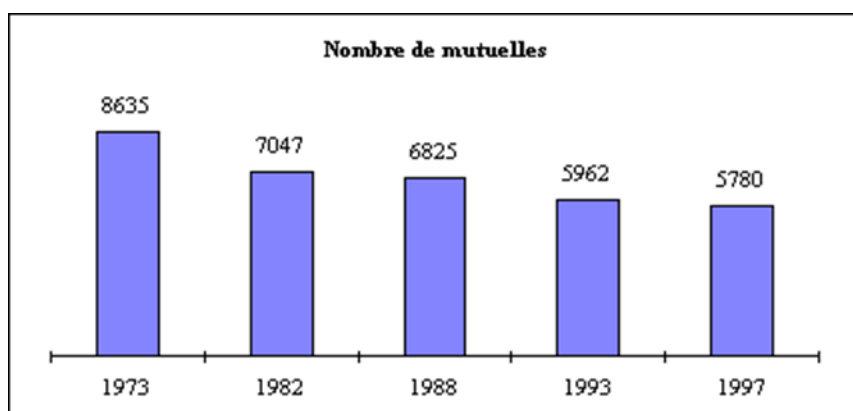


Figure 2 : évolution du nombre de mutuelles au cours du dernier quart du 20^{ème} siècle (source : [Lambert, 1998])

Il est vrai qu'un tel émiettement, fruit de l'histoire n'était sans doute pas tenable à long terme.

Dans la foulée du rapport Lambert, les choses s'accélérent tant pour les mutuelles d'assurance que les institutions de prévoyance et les « mutuelles 45 ». Leur essence et leur place sont remises en cause plus que jamais. Le décor est donc planté pour une « course à la taille ». Alain Rey [2016, p. 101] qui raconte l'histoire de la constitution d'Harmonie Mutuelle indique clairement à ce propos : « Une fois le nouveau Code de la Mutualité assimilé par les mutuelles, une fois les structures issues de ce code mises en place, les grands groupes mutualistes qui se sont constitués doivent adapter leur stratégie. La dimension nationale est devenue incontournable, et la « course à la taille » est désormais dans tous les esprits, même si elle ne se manifeste pas officiellement ». Jean-François Furet-Coste [2016] souligne de son côté le « caractère inéluctable du mouvement de concentration ».

Lallemand-Stempak [2013] qui a notamment étudié la mise en place du projet d'entreprise d'une mutuelle d'assurance¹ initié en 2007, observait donc, sans surprise, à propos de l'environnement de

¹ Il s'agissait d'une mutuelle d'assurance, donc relevant du code des assurances (voir annexe 5). Elle l'appelle dans sa thèse « La Ma » pour en conserver l'anonymat.

celle-ci : « *En effet, les pressions exercées par le marché (renforcement de la concurrence en lien avec l'ouverture et le décloisonnement des marchés) et la réglementation (normalisation financière de l'activité en contrepartie de la libéralisation du secteur) sur le monde mutualiste de l'assurance semblaient plus que jamais menacer la pérennité de son modèle* ».

Les organismes relevant du code de la mutualité n'échappent pas à cette logique, et la pérennité de leur modèle est aussi interrogée. Beaudet et Pierron [2019, p.107] invitent d'ailleurs à ne « *pas différer le nécessaire exercice d'introspection des mutuelles* ».

Dans cette première partie nous revenons sur le contexte récent en matière d'évolution de l'environnement des mutuelles et l'effet observable du mouvement de concentration.

Estimant qu'un mouvement de concentration doit être guidé par la recherche de l'amélioration de performances, nous essayons de déterminer ce que cela peut vouloir dire pour une mutuelle. Nous examinons donc quelques pistes pour définir ce que peut être la performance recherchée d'une mutuelle intervenant dans le champ de la complémentaire santé. L'exercice est difficile et le domaine est très encadré, limitant ainsi les champs potentiels de création de valeur. Aussi nous ne retenons à ce stade que quelques indicateurs très simples, centrés sur la valeur pour l'adhérent et la réussite du projet. Nous écartons celui de la rentabilité des capitaux.

Enfin, nous examinons et reformulons sous la forme la plus synthétique possible les raisons avancées pour expliquer le mouvement et ses mécanismes.

1.1. Le mouvement de concentration des assureurs en complémentaire santé

Dans ce premier chapitre de la première partie, nous revenons rapidement sur certains éléments relativement récents du contexte dans lequel ce mouvement de concentration continue de s'opérer. Nous examinons ensuite la dynamique de cette concentration en observant notamment la comparaison de la situation des différentes familles d'assureurs, dont la typologie est rappelée en annexe 5. Enfin, nous décrivons les effets, à la fois de ce mouvement et du jeu concurrentiel, sur les parts de marché des différentes familles mais aussi sur la structure des regroupements.

1.1.a) Contexte des organismes complémentaires d'assurance maladie

« *Aide-toi, l'Etat ne t'aidera pas.* »

Auguste Detœuf

La boutade d'Auguste Detœuf ne doit pas, ici, être prise au pied de la lettre. Toutefois, force est de constater que les organismes complémentaires d'assurance maladie opèrent dans un environnement particulièrement évolutif, pour ne pas dire instable et bousculé, qui semble sans cesse compliquer leur tâche. L'ACPR évoque d'ailleurs de façon récurrente une « *complexification du métier d'assureur complémentaire* » (par exemple [ACP, 2010, p.44] et [ACP, 2011, p.54]). Cette

complexification est décrite abondamment dans la littérature. Nous évoquerons une partie de cette littérature dans le I.3. Nous nous bornons à rappeler dans ce paragraphe, sans chercher à être exhaustif et sans les détailler, quelques-unes des évolutions principales. Nous nous attarderons en revanche un peu plus longuement sur la réforme dite « Solvabilité II ».

A. Complémentaire santé : un environnement instable, fortement encadré et fiscalisé

Des modèles d'affaires déstabilisés

Les mutuelles s'étaient installées, en complémentaire santé, majoritairement dans l'individuel mais aussi en partie sur le collectif avec des logiques souvent très affinitaires, d'entreprises ou encore territoriales.

Leurs « modèles d'affaire », si l'on peut parler de la sorte, se sont trouvés bousculés par la mise en concurrence généralisée qui s'est accélérée dans les années 80.

Le rapport Lambert [1998] évoquait la nécessaire préparation à la montée en puissance du marché européen et de ses règles. Sous l'impulsion de ce celles-ci un certain nombre de réformes structurantes clarifient et bousculent les conditions dans lesquelles l'Etat ou les collectivités territoriales peuvent subventionner la protection sociale de leurs agents, mais impacte également les dispositifs issus de la négociation collective ([ADICEO, 2018], [Lefèvre, 2011]). Le marché de la complémentaire santé est finalement fortement transformé, principalement par :

- les évolutions du dispositif de participation de l'Etat : les « référencements »² voire les « multi référencements »³ ;
- celles relatives à la participation des collectivités territoriales à la protection complémentaire de leurs agents (dispositifs de « convention de participation » et de « labellisation »⁴) ;
- la généralisation du contrat collectif pour les salariés avec participation employeur⁵ qui entraîne un progressif déplacement du marché de l'individuel vers le collectif⁶ ;
- la fin des « clauses de désignation » remplacées par des « clauses de recommandation » pour les accords de branche.

Philippe Dulbecco [Dulbecco, 2001, al.9] indique notamment à ce propos pour l'ensemble des assureurs : « *Et même si la question de la réorientation stratégique ne se pose pas tout à fait dans les mêmes termes selon qu'il s'agit d'une grande compagnie généraliste ou d'une entreprise de taille plus*

² La notion de « référencement » dans ce mémoire couvre la sélection d'un opérateur par les services de l'Etat afin qu'une organisation employant des agents publics puisse mettre en œuvre un dispositif de participation à la protection sociale complémentaire de ceux-ci, en application de décrets prévus à cet effet [Décret, 2007].

³ On parle de « multi-référencement » quand par exemple un ministère retient plusieurs opérateurs et non un seul. Tel est le cas par exemple au ministère des armées qui a retenu en 2017 non moins de quatre opérateurs, tant pour couvrir le personnel militaire que le personnel civil.

⁴ Pour la fonction publique territoriale [Décret, 2011].

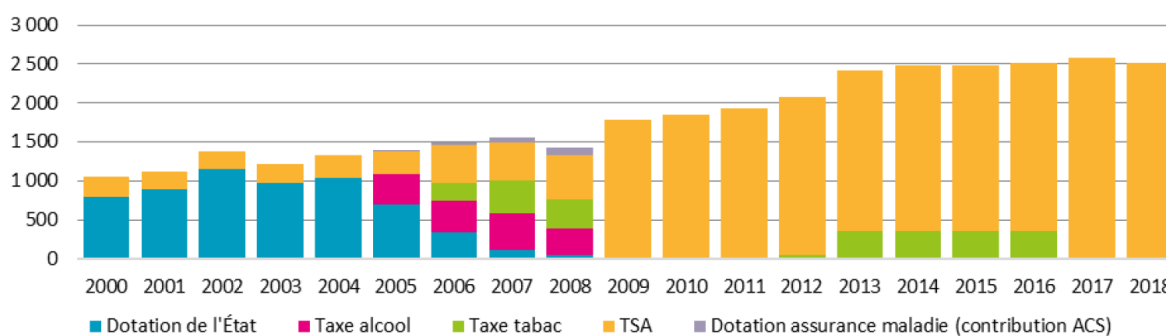
⁵ Accord National Interprofessionnel de 2013 (« ANI 2013 »).

⁶ Montaut [2018] estime que cette généralisation de la complémentaire santé d'entreprise avait finalement encore peu fait évoluer le marché en 2016 ; le document mentionne cependant que ce sont les sociétés d'assurance qui ont le plus gagné de parts de marché sur le collectif ; notons aussi que la généralisation de cette mise en place était cependant encore récente en 2016.

réduite et présente sur un petit nombre de segments de marché, il apparaît que la totalité des acteurs est au bout du compte confrontée à une même contrainte de gestion du changement économique sur des marchés instables. ».

Une fiscalisation forte et croissante des contrats

Les recettes fiscales finançant le fonds CMU-C ont considérablement évolué, alourdissant régulièrement la fiscalité des contrats de complémentaire santé. La figure 3 montre l'évolution du financement qui provient aujourd'hui massivement de la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA).



Source : Fonds CMU-C – après réfaction de 150 millions au titre de 2017 et 2018

Figure 3 : Évolution des recettes du Fonds CMU-C depuis sa création, en millions d'euros (source : [CMU, 2019])

Aujourd'hui les personnes qui contractent une complémentaire santé sont donc fortement taxées, ce qui, en réalité, augmente *de facto* le reste à charge. Elles sont en quelque sorte « dissuadées » fiscalement de recourir à un système assurantiel et donc à une mutualisation des risques. En effet, elles ne payent pas cette taxe si elles décident de s'auto-assurer. On pourrait le voir comme une incitation à ne pas se couvrir.

Pourtant, de ce point de vue la tendance paraît bien inverse : contrats collectifs obligatoires dans les entreprises, logique du 100% santé et CMU-C ne semblent pas plaider pour l'idée qu'une complémentaire santé soit un luxe ou que sa contractualisation ne soit pas recommandée. On ne peut donc pas avancer l'idée que c'est une logique de « ticket modérateur » dissuasif pour éviter l'aléa moral envers l'assurance maladie.

En définitive, et cela a maintes fois été souligné et dénoncé par la Mutualité Française notamment, ce dispositif fiscal manque cruellement de cohérence et de lisibilité⁷. Injuste⁸, il finit néanmoins par frapper presque tout le monde, et ce d'autant plus que l'on veut mieux couvrir, par mutualisation, son reste à charge, lequel peut rester très élevé pour ce qui constitue de vrais risques [Bazzocchi, 2018].

⁷ Voir par exemple : <https://placedelasante.mutualite.fr/labsurde-taxation-des-contrats-dassurance-sante-complementaire/>

⁸ Cette taxe peut être considérée par ailleurs comme « régressive » en fonction des revenus.

L'encadrement des contrats

Les contrats sont encadrés avec notamment la définition de :

- « contrats responsables » : il doivent respecter un cahier des charges (planchers et plafonds de prise en charge, selon les postes de dépenses). Ils doivent également encourager les assurés à consulter leur médecin traitant avant tout spécialiste ; la TSA est majorée s'ils ne respectent pas ces conditions ;
- « contrats solidaires » : pas de sélection médicale et pas de majoration en fonction de l'état de santé.

Par ailleurs le gouvernement semble tenté d'imposer des « contrat-types », ce qui supprimerait la possibilité de définir les garanties librement et démocratiquement au sein des mutuelles. [Jacoud, Payen, 2019] ou [Beaudet, Pierron, 2019, p. 89] évoquent ce projet qui conduirait à la standardisation de l'offre.

L'innovation et la différenciation en matière de contrats de complémentaire santé apparaissent ainsi de plus en plus difficiles pour ne pas dire quasiment impossibles.

Le « 100% santé »

Le gouvernement a mis en place une politique visant à obtenir un reste à charge nul sur certains postes de soins (optique, dentaire, audioprothèse) pour éviter le renoncement aux soins. Elle a nécessité de définir des paniers de soins « 100% santé » dans les trois domaines avec l'objectif d'une bonne qualité et de prix maîtrisés.

Le gouvernement a souhaité obtenir par la négociation la mise en place d'une logique de cofinancement entre l'assurance maladie et les complémentaires santé, tout en exigeant de ces dernières que les tarifs n'augmentent pas.

La résiliation infra annuelle

La négociation difficile sur le 100% santé à peine conclue, dans un contexte où le gouvernement souhaitait aussi la maîtrise des cotisations des complémentaires, celui-ci fait voter une loi déstabilisant la gestion des contrats. La possibilité va être donnée aux adhérents de résilier les contrats de façon infra-annuelle. Il est anticipé de la part des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) que cela pourrait augmenter à nouveau les frais de gestion et compliquer la gestion du tiers-payant. Cette réforme a été fortement critiquée par la mutualité française⁹.

Le tempo et l'ordre de mise en place de ces deux réformes, 100% santé et résiliation infra annuelle, étonnent. Un accord est d'abord trouvé, puis un élément bouscule les conditions d'exercice des OCAM.

⁹ <http://www.militants-mgenhdf.fr/medias/files/position-fnmf-ppl-resiliation-infra-annuelle-de-la-complementaire-sante-vf.pdf>

Autres évolutions

Jaouen [2019] évoque aussi l'évolution du risque santé du point de vue des assureurs, avec une tendance à évoluer d'un « risque court » vers un risque plus long. Les raisons avancées sont d'ordre technique (développement de produit assurant des risques propres au vieillissement comme l'assurance dépendance pluriannuelle) mais aussi d'ordre réglementaire (règles relatives à la portabilité des contrats collectifs issues de la loi Evin).

B. Solvabilité II : une réforme très structurante

Les mutuelles santé, comme toutes les entreprises d'assurance sont soumises à des exigences de contrôle et de réserves en capital, pour faire face aux risques assurés (exigences dites de « solvabilité »). Les exigences en capital pour couvrir les risques ont des racines très anciennes datant de la fin du 19^{ème} siècle ([Jaouen, 2019], [Lambert, 1998]).

Les fusions progressives des activités étatiques de contrôle ont par ailleurs conduit aujourd'hui à une autorité unique pour les banques et les assurances : l'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution (ACPR). Le contrôle est dit « prudentiel » et l'organisme est aussi en charge de mesures de « résolution » : l'ACPR « doit également veiller à l'élaboration et la mise en œuvre des mesures de prévention et de résolution des crises bancaires » [Jaouen, 2019].

Les règles sont harmonisées au niveau européen. Elles visent tout autant la protection de la clientèle que la stabilité du système monétaire et financier ainsi que la prévention des crises. Mais cette harmonisation a aussi pour objectif de faciliter et développer le fonctionnement du marché intérieur dans le domaine des assurances [Jaouen, 2019].

La directive [UE, 2009] dite « Solvabilité 2 » a profondément remanié les exigences du régime précédent dit « Solvabilité 1 », beaucoup plus simple à mettre en œuvre [Jaouen, 2019]. Dreyfuss, [2013] dresse un historique complet de la mise en place de la directive [UE, 2009], ainsi qu'une présentation assez détaillée de ses principes et notamment des exigences que l'on a coutume de regrouper en trois « piliers » dont le nom et la présentation peuvent varier :

- Pilier 1 : exigences quantitatives (valorisation des actifs et des passifs, exigences en capital et mode de calcul) ;
- Pilier 2 : règles de gouvernance et de gestion des risques, dont l'évaluation propre des risques de la solvabilité (Evaluation Interne des Risques et de la Solvabilité – EIRS ou Own Risk and Solvency Assessment – ORSA) ; elles prévoient notamment la mise en place de quatre « fonctions clés »¹⁰ et la désignation d'au moins deux dirigeants effectifs (règle dite des « 4 yeux ») ;
- Pilier 3 : communication d'informations au public et aux autorités de contrôle.

Notons que ces notions de « piliers » sont absentes de la directive de 2009 [UE, 2009]. On les retrouve en revanche dans le règlement délégué¹¹ [UE, 2015]. Elles relèvent essentiellement d'une forme d'exégèse ou de présentation pédagogique.

¹⁰ « Audit interne », « Actuariat », « Gestion des risques » et « Conformité ».

¹¹ Le règlement délégué dénomme ainsi les trois piliers dans le nom du Titre I :

Les organismes en dessous de certains seuils de taille (moins de 5M€ de cotisations et moins de 25 M€ de provisions techniques) et respectant certaines contraintes de nature d'activité sont exemptés d'application de la directive [UE, 2009]. Ils restent donc soumis aux règles précédentes dites « Solvabilité I ».

Concernant les exigences quantitatives, la FNMF avait milité pour une calibration du risque santé qui ne soit pas excessive et disproportionnée à ce risque dit « court » pour ne pas pénaliser le calcul du capital réglementaire pour les mutuelles. Par ailleurs, un « principe de proportionnalité » formalisé dans la directive dite Omnibus II modifiant la directive de 2009 permet d'adapter certaines exigences relatives aux piliers 2 et 3 (gouvernance et reporting). Les plus petites mutuelles pourront par exemple adapter leur organisation en matière de « fonctions clés ».

Citant Michel Barnier, commissaire européen au marché intérieur et K. Van Hulle, chef de l'unité assurances et pensions à la Commission européenne, Jaouen [2019] met en évidence les principales motivations de la réforme :

- offrir davantage de sécurité aux assurés européens ;
- favoriser la stabilité financière ;
- et enfin faire de l'intégration du marché européen de l'assurance une réalité.

Foulquier et Arias [2009] quant à eux voient dans la mise en place de cette réglementation une opportunité de moderniser le pilotage de la performance des sociétés d'assurance. Pour les auteurs, Solvabilité II devrait accélérer une tendance de fond : « *une profonde mutation des pratiques managériales caractérisée par l'intégration des risques et du coût des ressources (capital), afin de mesurer la performance et la création de valeur générées par l'entreprise.* » [p.35].

C. Solvabilité II : une réforme critiquée aux effets insuffisamment évalués ?

Observons que ces évolutions réglementaires ne semblent pas avoir fait l'unanimité, ni dans leurs motivations, ni dans leur définition. Le livre blanc rédigé par la Société de Calcul Mathématique SA [SCMSA, 2016] qualifie très directement la réforme d' « *inutile et dangereuse* ». On y lit notamment : « *Pourquoi une réforme était-elle nécessaire ? A la vérité, personne n'en sait rien.* » « *Pourquoi a-t-elle été décidée ? Ce n'est pas clair, mais il est permis de penser que les grosses compagnies ont "poussé à la roue", pensant ainsi se débarrasser des petites.* » [p.3].

Concernant les dangers de la réforme, la critique se poursuit (p. 3 et 4) en prédisant les effets « *largement pervers* » suivants :

- « *Pour l'économie* :
 - *Diminution des investissements dans le secteur privé [...]* ;
 - *Instabilité croissante du marché [...]*.
- *Pour les compagnies d'assurance* :

-
- valorisation et exigences de capital fondées sur le risque (premier pilier),
 - gouvernance renforcée (deuxième pilier),
 - transparence accrue (troisième pilier).
-

-
- *Disparition des petites compagnies ;*
 - *Coûts très importants pour adopter le nouveau système ;*
 - *Complexité des règles, mettant les grosses compagnies dans l'embaras.*
 - *Pour l'emploi :*
 - *Baisse d'activité dans des secteurs qui créent des emplois, [...] ;*
 - *Délocalisations de certains emplois.*
 - *Pour les assurés :*
 - *Majoration significative des primes ;*
 - *Baisse des rendements de l'assurance vie ;*
 - *Réduction de l'offre et donc de la concurrence. »*

Le document estime avoir la caution de spécialistes du domaine et notamment Denis Kessler, Jean-François Allard, Claude Bébéar, Jean Azéma mais aussi de nombreux auteurs qui cautionneraient notamment les avis suivants :

- *« On disposait d'un système robuste ; on l'a remplacé par une construction mathématique bizarre, fondamentalement incorrecte et absolument incontrôlable.
Solvabilité II ne contribue en rien à rendre le système plus sûr et plus pérenne ; il n'aboutit qu'à le rendre plus complexe et donc plus fragile. » ;*
- *« Solvabilité II est un système complexe proposé par les grosses compagnies, qui se disaient qu'elles seules auraient les ressources nécessaires pour le maîtriser et en tirer parti. Les petites compagnies n'y survivraient pas. Seulement voilà : le monstre s'est échappé, et même les grosses en voient maintenant les dangers (communication Claude Bébéar, septembre 2015). » [p.8].*

Jean-François Allard aurait notamment affirmé *« Il n'y a pas de risque systémique dans l'assurance... à part Solvabilité II »*¹².

Le ton et les formulations employées dans cette source documentaire trouvée en ligne, au moins dans les parties introductives, appellent à la prudence quant à leur portée et c'est pourquoi nous employons le conditionnel. Il est par ailleurs difficile de retrouver les propos ou cautions prêtées à certaines personnalités à l'exception de celles de Jean-François Allard.

Les critiques portées dans le livre blanc de la Société de Calcul Mathématique sont donc sans doute excessives et peut-être outrancières. Le document ne conteste toutefois nullement le besoin d'une réglementation, voire le souligne [SCMSA, 2016, p.5].

Frunza [2013] de son côté examine certains effets à attendre de la réglementation, notamment en termes de mouvement de concentration ou encore de stratégies de placement des capitaux. En particulier les effets non linéaires de « diversification » du modèle standard pour le calcul des exigences en capital favorisent les regroupements de branche d'activités pour optimiser les besoins en fonds propres, donc la rentabilité. Frunza démontre par ailleurs que l'optimisation du SCR marché et de la rentabilité doit conduire à privilégier largement les obligations les moins risquées et les

¹² <https://www.lesechos.fr/2009/11/les-mutualistes-lancent-un-blog-contre-solvabilite-ii-469090>

liquidités [Frunza, 2013, p.14 à 21]. En définitive il observe : « *L'accroissement des exigences réglementaires pourrait avoir une double conséquence : d'une [part une] réallocation des portefeuilles illustrée par un allègement des titres obligataires risqués et des actions, d'autre part, un rapprochement des institutions permettant de réduire le capital exigible grâce à un effet de diversification.* » [Frunza, 2013, p.14].

Observons également qu'en conséquence des observations de [Frunza, 2013], évoquées plus haut et à l'examen du règlement délégué [UE, 2015], la réglementation semble dessiner indirectement le « portrait-robot » de l'assureur idéal qui veut optimiser son besoin en capital et donc améliorer sa rentabilité : il est très diversifié, étendu géographiquement, dispose de moyens importants et de hautes compétences en actuariat et maîtrise des risques permettant de satisfaire aux exigences qualitatives et de développer des modèles internes sophistiqués. Il place par ailleurs massivement le capital disponible de façon peu risquée et notamment en obligations souveraines.

Force est de constater qu'il est difficile de reconnaître dans ce « portrait-robot » les « mutuelles 45 » et leurs projets de solidarité affinitaires et géographiques de terrain visant aussi à favoriser l'accès aux soins et la prévention, même si beaucoup d'entre elles sont devenues, de fait, explicitement assureurs. AXA, Allianz ou Generali en seront nettement plus proches.

Lefèvre [2011 p.30] souligne à cet égard aussi que les conséquences de ce bonus à la diversification font que « *Solvabilité II creuse l'écart concurrentiel entre généralistes et spécialistes.* ».

Il est donc prophétisé, avant même que la réglementation ne soit effective, qu'elle provoquera ou accélèrera des regroupements, sera défavorable aux petites compagnies, entraînera des coûts plus importants et un renchérissement des primes ou encore conduira à un investissement plus important en obligations souveraines au détriment des actions.

Ces conséquences ne figuraient sans doute pas dans les intentions initiales des initiateurs de la réforme. Toutefois l'évaluation de ce type de risques ne semblait pas au cœur des études quantitatives d'impact ou QIS¹³ (voir par exemple [Dreyfuss, 2013] ou les très nombreuses publications d'experts). Elles semblent avoir principalement servi à un calibrage qui ne soit pas exagérément en décalage avec la réalité de l'époque tout en restant compatible des objectifs rappelés au I.1.a).B.

On peut d'ailleurs s'interroger sur une réforme qui, nonobstant tous ses objectifs incontestables, pourrait conduire, à long terme, à privilégier la constitution de « méga assureurs » internationaux ou, en tous cas, à réduire la diversité et faire progressivement disparaître certaines catégories d'organismes. Les risques pourraient peut-être être mieux répartis avec une pluralité d'acteurs dans leur forme, leur taille, mais surtout leurs objectifs. Il semble que la violente crise financière et économique récente, dont le point de départ ou épice est souvent attribué à la chute d'un Lehman Brothers « *too big to fail* »¹⁴, interroge à ce propos. Certains, comme Benoît de Broissia, analyste chez KBL Richelieu¹⁵, estiment cependant que, s'agissant des banques, la « *taille est aussi un élément de résistance, pourraient rétorquer les banquiers. Et ils n'auraient pas complètement tort. La*

¹³ Quantitative Impact Studies : série d'études impliquant des panels d'assureurs en Europe ayant notamment permis aux autorités européennes de « calibrer » la réglementation.

¹⁴ « trop gros pour faire faillite ».

¹⁵ Voir https://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/faut-il-vraiment-limiter-la-taille-des-banques_1426788.html

diversification, par exemple géographique, a sauvé un certain nombre d'établissements financiers pendant la crise ».

Certains propos récents prêtés à l'ACPR, à propos de l'évolution prochaine de la réglementation, peuvent laisser penser qu'au moins certaines des critiques et prévisions se révèlent fondées et qu'il convient de rectifier ce qui doit l'être ([FNMF, 2019] et article de presse en note de bas de page) :

- *« L'ACPR « attend beaucoup », néanmoins, de la révision de la directive en 2020. Ses trois objectifs principaux consistent à réviser à la baisse les exigences de fonds propres associées aux actions, à alléger certains reportings et certaines exigences sur des activités à risque limité, et à simplifier la norme prudentielle. »¹⁶*
- *« Pour l'ACPR, les points suivants doivent être particulièrement suivis :*
 - *Les actions : aujourd'hui SII désincite à investir dans certains types d'actions. L'ACPR milite pour un certain niveau de pondération mesuré entre les différentes classes d'actifs.*
 - *La simplification : SII a permis à la grande majorité des assureurs européens de revisiter la manière avec laquelle ils travaillaient et de devenir plus professionnels, plus résilients aux risques de crise mais, selon Bernard DELAS, il faut drastiquement simplifier SII. [...] Les crises récentes ont montré que la norme est trop complexe pour qu'elle soit appliquée de la même façon de sorte que les superviseurs ne peuvent l'appliquer de la même manière.*
 - *La proportionnalité : pour Bernard DELAS, il faut revisiter le principe et se poser la question de savoir si SII doit s'appliquer de la même manière à de gros acteurs assurantiers et à des sociétés d'assurance de petite taille. »¹⁷.*

En tout état de cause, la stabilité du système financier et la prévention des crises systémiques sont du ressort, en France, de l'ACPR et la réglementation Solvabilité II vise à contribuer à ces **objectifs indiscutables**.

Si cette réglementation sera peut-être régulièrement ajustée, ses fondamentaux sont en place sans doute pour longtemps : personne n'évoque l'hypothèse de les remettre en cause profondément dans un avenir proche ou lointain. Les conséquences sur le monde de l'assurance et plus particulièrement des petites entités devraient continuer d'être observées, même si certaines simplifications et un élargissement du principe de proportionnalité peuvent être espérés.

I.1.b) Dynamique comparée de la concentration selon la structure juridique des organismes

La figure 1 présentée en introduction, élaborée à partir de données DREES, montre la dynamique de concentration des seuls organismes d'assurance intervenant en santé sur la période 2001-2017 [DREES, 2018]. De ce point de vue, elle est différente des données que l'on trouve de façon générale dans les rapports de l'ACPR, qui mettent en évidence l'évolution du secteur des assurances en général, sans focalisation sur l'activité santé comme dans les rapports de la DREES en référence.

¹⁶ <https://www.argusdelassurance.com/les-assureurs/federations/bernard-delas-acpr-les-assureurs-doivent-poursuivre-leurs-efforts-d-adaptation.148095>

¹⁷ [FNMF, 2019].

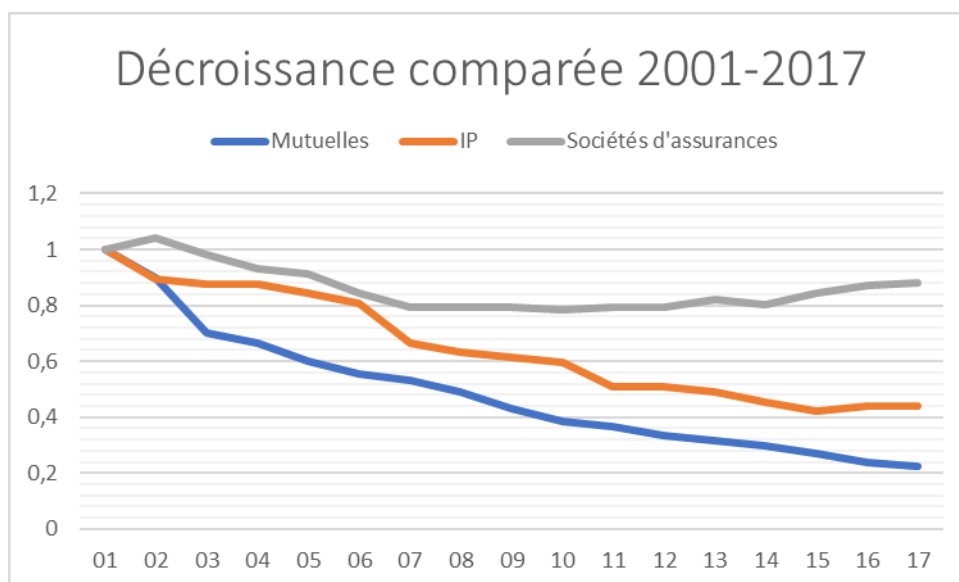


Figure 4 : Décroissance comparée par type d'organisme d'assurance intervenant en santé 2001-2017 (calculs à partir des données [DREES, 2018], selon données du fonds CMU)

Il est intéressant de comparer la dynamique par type d'organisme. Les figures 4 et 5, élaborées à partir des mêmes données, comparent ces dynamiques de façon normalisée : base 1 en 2001 pour la figure 4 et en 2007 pour la figure 5. La dynamique pour les mutuelles est spectaculairement différente de celle des autres et tout particulièrement de celle des sociétés d'assurance.

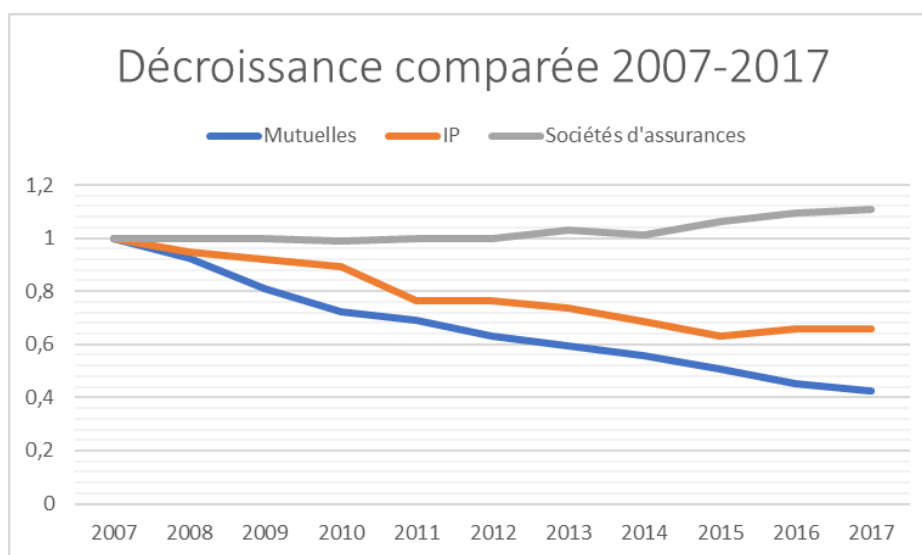


Figure 5 : Décroissance comparée par type d'organisme d'assurance intervenant en santé 2007-2017 (calculs à partir des données [DREES, 2018], selon données fond CMU)

Le graphique de la figure 5 met même en évidence que depuis 2007 la décroissance du nombre de mutuelles se poursuit sensiblement sur le même rythme que lors de la décennie précédente (réduction d'environ 60% sur 10 ans) et que dans le même temps le nombre de sociétés d'assurance intervenant en santé se met à croître de presque 11%, alors même que le nombre des sociétés d'assurance dans leur ensemble continuait de se contracter fortement (réduction d'environ 27% du

nombre d'organismes relevant du code des assurances : calcul sur la base des données ACP [2010], ACP [2011] et ACPR [2019b].

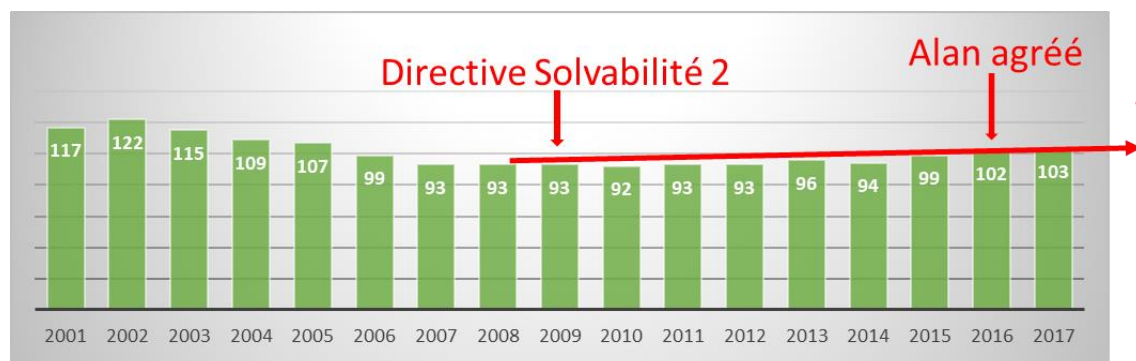


Figure 6 : Dynamique des sociétés d'assurances en santé
(source des données : [DREES, 2018], selon données fond CMU)

La figure 6 positionne la seule dynamique des sociétés d'assurance sur la période 2001-2017 dans son contexte avec deux des éléments notables qui peuvent caractériser celui-ci :

- l'adoption de la directive « solvabilité 2 » en 2009 [UE, 2009], même si l'entrée en vigueur de certaines règles s'est opérée seulement en 2016 ;
- le seul agrément¹⁸ d'une société d'assurance délivré depuis 30 ans¹⁹ accordé à une société d'assurance partant de zéro (« start-up »).

Cette dynamique comparée peut laisser penser que les conditions sont aujourd'hui plus particulièrement favorables au développement des sociétés d'assurances sur le marché de la complémentaire santé, au détriment des autres formes juridiques (IP et mutuelles).

Nous examinons ci-après si la typologie et les effets des regroupements et évolutions du marché confirment cette tendance.

I.1.c) Effets et typologie de la concentration

A. Concentration du marché : assez forte et en forte croissance

Les analyses de la DREES détaillent et commentent régulièrement l'évolution du secteur de la complémentaire santé.

En 2017, 75% du marché est réparti entre les 50 plus grands organismes (26 mutuelles, 15 sociétés d'assurances et 9 IP). Cette part n'était que de 54% en 2016. Les 10 plus grands organismes (3 mutuelles, 3 sociétés d'assurances et 4 IP) en détiennent 35% et les 20 plus grands (8 mutuelles, 8 sociétés d'assurances et 4 IP) déjà 52% à eux seuls [DREES, 2019]. Même si une multitude de petits voire très petits, acteurs cohabitent, le marché est néanmoins significativement concentré sur une cinquantaine d'acteurs. Les rapports annuels du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie présentent d'ailleurs régulièrement ce

¹⁸ JORF n°0248 du 23 octobre 2016 : Décision n° 2016-C-72 du 20 octobre 2016 portant agrément d'une entreprise d'assurance.

¹⁹ <http://www.businessinsider.fr/alan-premier-assureur-independant-cree-en-30-ans-leve-12-millions-euros>

« Top 50 » des premiers organismes complémentaires au regard de l'assiette de la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) [CMU, 2019].

Selon la DREES, le marché est dominé par les groupes [DREES, 2019]. Par « groupe » il faut entendre ici une structure de regroupement prudentiel. Pour les organismes à but non lucratif, il s'agit des unions mutualistes de groupe, des sociétés de groupe assurantiel de protection sociale et des sociétés de groupe d'assurance mutuelle (UMG, SGAPS, SGAM). 84% des cotisations sont collectés par des structures appartenant à 50 groupes, contre 16% seulement par des entités indépendantes [DREES, 2019]. Si l'on ajoute qu'une partie du « TOP 50 » fait partie des entités indépendantes, le marché apparaît finalement déjà significativement concentré.

B. Typologies des regroupements prudentiels

La DREES propose un intéressant panorama de la typologie des regroupements prudentiels [DREES, 2019]. Le tableau reproduit en figure 7 présente la composition détaillée des groupes prudentiels œuvrant en assurance santé avec la ventilation par structure juridique des membres et des groupes.

Catégorie	Groupes						Organismes indépendants	
	Catégorie	Nombre de groupes	Nombre d'organismes	dont			Catégorie	Nombre d'organismes
				Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance		
Ensemble	Ensemble	50	162	62	81	19	Ensemble	236
Mutualistes	Groupes mutualistes	8	29	27	2	0	Mutuelles	214
Assureurs	Groupes d'assurances	30	83	11	71	1	Sociétés d'assurances	16
Paritaires	Groupes de protection sociale	12	50	24	8	18	Institutions de prévoyance	6

Figure 7 : Composition des groupes prudentiels œuvrant en assurance santé avec la ventilation par structure juridique des membres et des groupes [DREES, 2019]

Les groupes de protection sociale semblent les plus éclectiques dans l'accueil, c'est-à-dire les plus enclins à accueillir des entités relevant des autres codes (code des assurances et code de la mutualité). Le revers de la médaille étant que les Institutions de Prévoyance (IP) semblent, de très loin, les moins enclins à se rapprocher sous la bannière de groupes relevant d'un autre code. Des 19 IP ayant choisi de rejoindre un groupe une seule a rejoint un groupe d'assurance. Cette statistique ne semble pas liée au hasard : des réticences fortes à rejoindre une structure relevant d'un autre code et plus particulièrement celui de la mutualité sont exprimées par les IP au travers des avis recueillis dans le cadre de l'étude menée par le cabinet Stanwell [2019]. Les 81 sociétés d'assurances qui ont rejoint un groupe préfèrent également le faire sous la bannière d'un groupe relevant du même code. C'est le cas de 88% d'entre elles. 2 seulement (soit 2,5%) ont rejoint un groupe mutualiste et 8 (9%) un groupe de protection sociale.

Des 62 mutuelles s'étant installées dans le giron d'un groupe, 18% environ ont rejoint un groupe d'assurance. Les 82% restant se répartissent pratiquement à parts égales entre UMG et SGAPS.

En définitive, les UMG n'attirent pratiquement que des mutuelles. Les raisons de cette dissymétrie mériteraient d'être approfondies à l'occasion d'autres études. Peut-être trouvent-elles leur source dans des pratiques différentes de gouvernance et surtout à une disposition de l'article L111-4-1 du code de la mutualité qui stipule : « *Les mutuelles et unions relevant du présent code disposent d'au moins la moitié des sièges à l'assemblée générale et au conseil d'administration. Toute clause contraire des statuts entraîne la nullité de la constitution de l'union de groupe mutualiste.* ».

C. Evolution des parts de marché en complémentaire santé selon la structure juridique des organismes

La DREES présente l'évolution des parts de marché de la complémentaire santé entre 2001 et 2017 par type d'organisme, individuellement, c'est-à-dire sans tenir compte de l'appartenance à un groupe prudentiel (tableau reproduit en figure 8 tiré d'un document de la DREES [2019]). Les mutuelles continuent de perdre du terrain (-9% en 16 ans) et restent tout juste majoritaires en 2017 (51%). L'évolution depuis 2001 est très forte et se fait au bénéfice principalement des sociétés d'assurance (+12% en 16 ans) qui comprennent des « bancassureurs ».

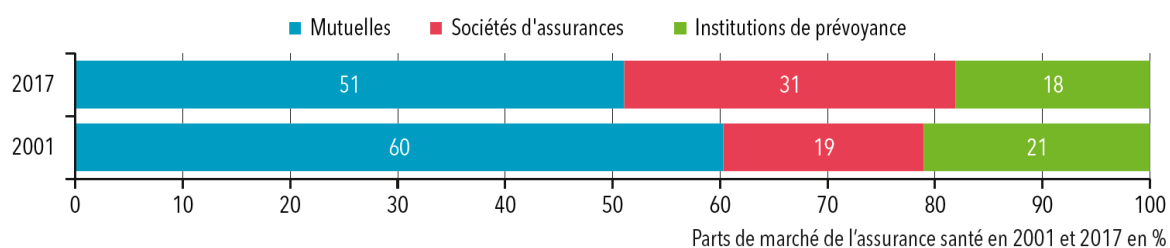


Figure 8 : Parts de marché 2001 et 2017 de la complémentaire santé par catégorie d'organisme ([DREES, 2019], calculs DREES sur données ACPR et fonds CMU)

La figure 9, toujours tirée du rapport de la DREES [2019] présente cette fois les parts de marché relatives en comparant la présentation de la figure 8 selon les types d'organismes indépendamment du groupe auquel ils peuvent appartenir avec celle tenant compte du code duquel relève le groupe auquel, le cas échéant, appartient chaque organisme. Cette vision de la perte d'influence dominante de la mutualité sur le secteur est encore plus spectaculaire. Elle est notamment la conséquence de la dissymétrie dans les regroupements évoquée au paragraphe précédent : les UMG attirent moins que les SGAPS et SGAM.

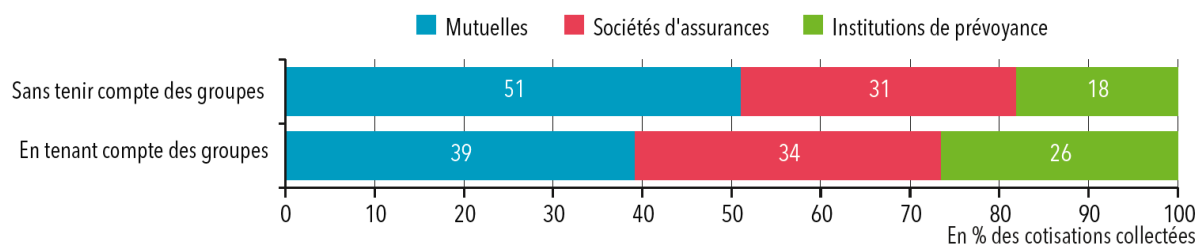


Figure 9 : Parts de marché 2017 de la complémentaire santé par catégorie d'organisme, en intégrant ou non l'existence de groupes ([DREES, 2019], calculs DREES sur données ACPR et fonds CMU)

I.2. Se regrouper pour améliorer quelle performance ?

« C'est véritablement utile puisque c'est joli. »

Antoine De Saint-Exupéry (*Le Petit Prince*)

Nous souhaitons nous interroger ici sur la notion de « performance » d'un organisme complémentaire d'assurance maladie. En effet, l'analyse d'une dynamique de regroupement doit aussi examiner si, parmi les buts et facteurs, il y a la recherche de l'amélioration d'une performance et, si oui, laquelle.

I.2.a) Quelles performances envisageables pour une complémentaire santé ?

A. Préambule : un modèle simplifié de compte de résultat

Nous proposons ici (cf. figure 10) un modèle fortement simplifié de compte de résultat d'un organisme œuvrant en complémentaire santé.

Ce modèle peut s'appliquer aussi bien à une société de capitaux qu'à une société de personnes. Il ne considère ici, pour simplifier, que l'activité de complémentaire santé, comme s'il s'agissait d'une mono-activité.

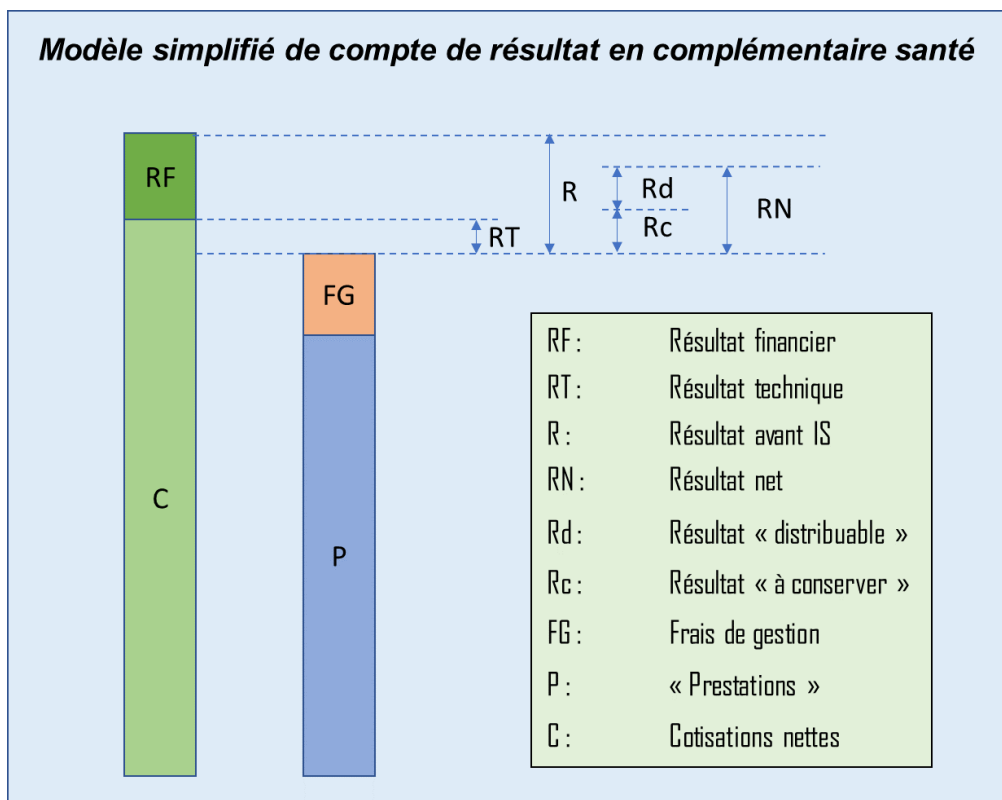


Figure 10 : Modèle simplifié de compte de résultat en santé

Quelques précisions : par cotisations nettes nous entendons ici cotisations nettes de taxes et non nettes de réassurance.

De même, par « résultat à conserver » nous désignons le niveau de résultat qu'il convient de réaffecter réellement à l'organisme et à son activité que ce soit :

- pour consolider les fonds propres, notamment en conséquence de l'exercice ORSA (Own Risk and Solvency Assessment) et de la stratégie (besoin global de solvabilité, prévision de croissance, développement de nouvelles lignes d'activité, ...); en ce sens le résultat conservé constitue la contribution du résultat à l'obtention du bon niveau de « capital économique »²⁰ ;
- le cas échéant pour constituer des réserves par exemple en vue d'investir ultérieurement dans le cadre de la déclinaison de la stratégie.

Et enfin, par « résultat distribuable » nous entendons la part de résultats en excès par rapport aux « bénéfiques à conserver » tels que définis ci-dessus. Elle :

- est destinée à être distribuée, le cas échéant de façon différée ou optimisée²¹ (société de capitaux)
- ou bien constitue des « excédents » qui, soit augmenteront les fonds propres au-delà des besoins et qui pourront par exemple financer de l'action sociale ou augmenter le résultat financier, soit dans certains cas pourront être restitués sous forme de « ristournes »²² (sociétés de personnes).

Nous souhaitons que ce modèle soit vu comme représentatif du « régime de croisière » ou « régime entretenu » de l'organisme au-delà du pilotage à l'année ou des conjonctures particulières de celle-ci. En ce sens « résultat conservé » et « résultat distribuable » se veulent représentatifs de la rentabilité recherchée et de la contribution de celle-ci au bon fonctionnement de l'organisme dans la durée.

Les simplifications et limites du modèle sont nombreuses. Sans exhaustive, notons :

- qu'on ne cherche pas à distinguer les cotisations acquises des cotisations émises comme cela est parfois dans certains ratios de gestion, ni les prestations des variations des provisions techniques ;
- qu'on ne distingue pas les différentes catégories de frais de gestion ; au demeurant, dans cette vue simplifiée sont intégrés de fait des charges qui ne figurent pas dans différentes restitutions des « frais de gestion » d'une complémentaire santé ;

²⁰ Au sens dans lequel ce terme est utilisé par exemple dans [Foulquier, Arias, 2009] ou encore défini dans [Picard, 2016] p.32. L'obtention du bon niveau de capital économique peut se faire par d'autres moyens parfois plus efficaces et plus rapides comme l'émission d'actions ou de certificats mutualistes ou tout autre moyen de renforcer les fonds propres. Notons toutefois qu'*in fine* ce sont toujours les résultats futurs qui contribueront à rendre possible ces augmentations de fonds propres.

²¹ Ceci inclut les mises en « reports à nouveau » et « réserves distribuables », mais aussi les stratégies éventuelles de toute nature, temporaires ou non, de création de valeur pour les actionnaires conduisant à conserver un résultat qui en principe pourrait être distribué mais ne l'est pas, sans que ce soit strictement lié au besoin de fonctionnement économique de l'entreprise.

²² [Couret, Lacan, 2009] p. 38 indiquent que le dispositif dit de « ristourne », possible dans certaines sociétés de personnes, ne serait plus tellement utilisé en pratique.

- qu'on ne cherche pas plus largement à coller à une définition comptable rigoureuse des différents éléments (comme le résultat technique par exemple qui devrait intégrer certains résultats financiers découlant du cycle d'activité).

Ces simplifications ne nous paraissent pas remettre en cause les objectifs du modèle :

- illustrer simplement certains propos du mémoire ;
- mettre facilement en relation les unes avec les autres, sans complication inutile, quelques grandeurs usuelles économiquement significatives dans la gestion et la performance d'un organisme de complémentaire santé (notamment le volume de cotisations, le volume de prestations, les frais de gestion, le résultat financier, le résultat).

Dans le cadre de ce modèle simplifié,

nous avons par construction :

$$P + FG + R = C + RF$$

soit :

$$(0) \quad \frac{P}{C} + \frac{FG}{C} + \frac{R}{C} = 1 + \frac{RF}{C}$$

où :

$\frac{P}{C}$ peut être assimilé au classique ratio « prestations/cotisations » ;

$\frac{P}{C} + \frac{FG}{C}$ peut être assimilé à une forme de « ratio combiné » noté *RCO* ;

$\frac{R}{C}$ peut être qualifié de « ratio de résultat ».

Il vient aussi :

$$(1) \quad \frac{P}{C} = 1 + \frac{RF}{C} - \frac{FG}{C} - \frac{R}{C}$$

et

$$(2) \quad \frac{P}{C} = 1 - \frac{FG}{C} - \frac{RT}{C}$$

et enfin

$$(3) \quad RCO = 1 - \frac{RT}{C}$$

Les équation (1) et (2) doivent nous permettre de décrire les facteurs favorables à l'obtention d'un bon P/C.

L'équation (3) reflète quant à elle l'usage généralement fait du « ratio combiné » en assurance comme représentatif de la « rentabilité technique ». Sa comparaison à 100% indique la mesure dans laquelle l'équilibre technique de l'activité de l'organisme contribue au résultat. Un « ratio combiné »

RCO supérieur à 100% nécessite une compensation par le résultat financier. A défaut de compensation suffisante, cela conduit à des pertes.

La notion de ROE (Return on Equity), souvent employée dans l'analyse économique des sociétés de capitaux mais aussi, nous le verrons plus loin, par l'ACPR dans ses différents rapports et études, correspond dans sa formulation classique à :

$$(4) \quad ROE = \frac{RN}{FP} = \frac{Rd}{FP} + \frac{Rc}{FP}$$

si l'on reprend dans le dernier terme nos définitions de *Rd* et *Rc* et où *FP* désigne les fonds propres.

Cette équation (4) tout comme la distinction, en partie conceptuelle, entre *Rd* et *Rc* au sein du résultat net nous servira à commenter notamment certaines des différences qui peuvent exister entre sociétés de personnes et sociétés de capitaux. Le « résultat à conserver » *Rc* correspond ainsi à la nécessaire contribution du résultat au fonctionnement économique de base pour l'entreprise et à la gestion de sa croissance ainsi qu'un premier niveau d'ajustement des fonds propres. En principe il a toutes les raisons d'être très proche pour toutes les formes de sociétés, même si les sociétés de personnes auront sans doute tendance à en prévoir un légèrement supérieur. Nous verrons plus loin que nous pensons que c'est toutefois une façon inefficace et destructrice de valeur pour l'adhérent/sociétaire de lever des capitaux même si elle est souvent utilisée en première intention et historiquement, ce qui explique que l'essentiel des capitaux des mutuelles soit constitué de capitaux de qualité²³ « niveau 1 » ou (« tier 1 ». Voir notamment figure 16).

Le « résultat distribuable » *Rd* représente d'une certaine façon une des principales sources de valeur et rentabilité pour les actionnaires, même si, *Rc* crée potentiellement de la valeur aussi pour l'actionnaire. *Rd* est le résultat qui, au sens strict, **sort ou à vocation à sortir définitivement de l'entreprise**.

La vision retenue ici se veut simplificatrice. Elle rend imparfaitement compte de toutes les stratégies de distribution ou de rétention du capital dans les entreprises capitalistiques. Conover *et al.* [2016] présentent par exemple une analyse de l'intérêt comparé des différentes stratégies de gestion des dividendes et de la balance entre actions de rendement et actions de croissance.

Finalement le terme $\frac{Rd}{FP}$ de l'équation (4) pourrait ainsi représenter intuitivement la principale différence dans les attentes en matière de rentabilité entre les sociétés lucratives et non lucratives, ce que Picard [2016] traduit par la différence de niveau de *Hurdle rate* évoquée plus loin.

B. Sociétés de personnes et sociétés de capitaux : une même approche de la performance ?

Comme déjà suggéré dans ce qui précède, il semble incontournable de distinguer les sociétés de personnes des sociétés de capitaux en ce qui concerne l'approche de la question de la performance.

²³ La réglementation définit trois niveaux de « qualité » des fonds propres. Selon leur qualité, ils peuvent plus ou moins couvrir les exigences en capital réglementaire [Jaouen, 2016].

Lallemand-Stempak [2013] rappelle que, s'agissant des sociétés de capitaux, l'orientation est lucrative et se caractérise par un versement de dividendes qui constitue la rémunération du capital : « *L'orientation lucrative de l'activité de ces organisations est par ailleurs assurée par l'existence d'une politique de rémunération du capital par le biais de dividendes versés aux actionnaires.* ». Lefèvre [2011] observe que pour les mutuelles « *La richesse produite peut se transformer en baisses tarifaires, en ristournes, en améliorations de garanties, en investissements, ou encore venir renforcer les fonds propres de la mutuelle, pour assurer sa solidité financière et sa pérennité. En cela, les mutuelles diffèrent radicalement des compagnies d'assurance, dans lesquelles assurés et actionnaires sont distincts. Pour caricaturer, on peut dire que l'affectio societatis du sociétaire d'une mutuelle est de bénéficier des meilleurs services aux meilleurs coûts, et donc d'économiser de l'argent, tandis que l'actionnaire d'une S.A. d'assurance compte en gagner.* ».

Foulquier et Arias [2009] s'intéressent au pilotage de la performance des sociétés d'assurance en examinant les opportunités offertes par la réglementation Solvabilité II, à l'époque en pleine phase de mise en place. Cette réglementation, déjà évoquée, redéfinit l'approche du « capital économique » des sociétés d'assurances, c'est-à-dire celui dont elles ont besoin pour faire face à leurs engagements et à leurs risques. Elle réinterroge les approches en matière de coût du capital et de création de valeur, pour laquelle les auteurs proposent un modèle de pilotage, faisant intervenir en particulier la gestion de l'allocation des capitaux pondérés des risques (*risk adjusted capital*). Ce faisant, ils rapprochent implicitement « performance » et « création de valeur ». Les auteurs soulignent que les acteurs du secteur de l'assurance ont, quelle que soit leur forme juridique, « *tous comme objectif la satisfaction des actionnaires ou des sociétaires* » (page 11). Ce « ou » paraît devoir être interprété comme exclusif et plus loin les auteurs précisent d'ailleurs : « *Il serait réducteur de considérer que la création de valeur consiste uniquement en l'optimisation de la rentabilité d'une société. Pour une mutuelle (selon une acception large et par opposition aux sociétés anonymes ou capitalistes), l'assuré et l'assureur ne faisant qu'un (le sociétaire), la rentabilité de la société n'est pas une fin en soi.* ».

Couret et Lacan [2009], qui développent leur vision de la valeur ajoutée du modèle mutualiste pour le sociétaire, en s'appuyant sur le cas des sociétés d'assurance mutuelles, abondent dans le même sens : « *Les sociétés d'assurance mutuelles se distinguent très nettement des sociétés de capitaux, car elles n'ont pas pour raison d'être la rémunération des capitaux.* ». Ils poursuivent en expliquant que les critères de pilotage de la performance opérationnelle « *ne découlent pas d'un ROE (return on equity) représentant une valeur à servir aux actionnaires ; il faut ici avant tout satisfaire le sociétaire, ce qui implique des objectifs de gestion plus complexes* ». Ils estiment notamment que l'objet social emporte souvent une dimension sociétale avec une « *volonté de répondre à des besoins sociaux au-delà de leur strict champ professionnel* ». Pour eux, si l'on entend la recherche d'une « rentabilité », comme la nécessité de dégager une marge, elle est « *un moyen du développement et non une finalité directe de ces organisations* ».

Foulquier et Arias [2015] étudient cette fois la pertinence des pratiques des assureurs en matière de définition et de calibration des « cadres d'appétence » qu'ils doivent élaborer, notamment dans le cadre de leurs exercices dit « ORSA », imposés sur une base au moins annuelle par la réglementation. Un « cadre d'appétence » peut notamment être vu comme un outil reflétant la stratégie de l'entreprise, tout particulièrement dans la balance entre les risques que l'on accepte de prendre et les performances que l'on recherche. Cette étude évoque ainsi nécessairement la question des

performances recherchées et souligne à nouveau la différence qui existe naturellement entre sociétés de capitaux et sociétés de personnes en la matière. Ils observent que certains acteurs n'ont retenu, dans ce cadre, « *aucun indicateur de rentabilité, car ils estiment que leur performance ne doit pas être mesurée selon des critères financiers, mais selon des indicateurs de satisfaction de sociétaires et/ou le cas échéant du personnel.* ».

S'ils critiquent le choix de ce type d'indicateurs, ce n'est toutefois pas pour des raisons de légitimité, qu'au contraire ils soutiennent, mais pour des raisons que l'on qualifiera de « techniques » et de rapport avec une mesure pertinente du risque. En clair, cet indicateur n'est pas du bon côté. Il ne doit pas être du côté des tolérances ou appétences aux risques mais doit figurer dans les objectifs stratégiques de l'entité, même s'ils rappellent qu'un cadre d'appétence complet, ce sont tout à la fois des objectifs d'un côté et des limites de tolérance aux risques de l'autre. En effet, on ne prend des risques que pour atteindre un objectif, sinon on s'en abstiendra utilement. L'indicateur de « rentabilité » a ceci de particulier que, d'une certaine façon, il intègre naturellement les deux dimensions (un objectif de performance et un niveau d'appétence au risque). Plus loin, les auteurs soulignent : « *Naturellement, pour respecter les valeurs des mutuelles, tout gain de rentabilité obtenu peut être redistribué aux sociétaires (sous la forme d'une baisse des prix et/ou une amélioration de la prestation).* ».

Toutefois les auteurs ne mentionnent pas, d'une part, que d'abord faire du résultat puis baisser les prix est une mécanique complexe et que, d'autre part il y a un **double « frottement fiscal »²⁴ au détriment des sociétaires** : en amont la TSA et en aval l'impôt sur les sociétés. Il paraît bien plus judicieux de piloter son résultat et ses équilibres techniques en fonction de ses objectifs de solvabilité et de retour *ex ante* vers les adhérents. Si l'on exprime cela avec les termes de notre modèle simplifié, il vaut donc mieux modérer les cotisations « C » en amont pour viser un résultat distribuable « Rd » minimal voir nul que de penser le redistribuer ultérieurement.

Une étude réalisée pour le compte du groupe MACIF, s'intéresse au « coût du capital » dans le cas des mutuelles d'assurance [Picard, 2016]. Elle rappelle également que la détention des fonds propres relève soit des actionnaires soit des assurés et que sa rémunération est attendue, d'un côté, sous forme de dividendes ou de plus-values boursières et, de l'autre, sous d'autres formes comme les « ristournes ». Notons que Picard s'intéresse ici aux « mutuelles d'assurance » avec un sens manifestement assez large, sans rentrer dans les distinctions juridiques entre sociétés d'assurance mutuelles (dont les sociétés mutuelles d'assurance²⁵) et les mutuelles. Nous interprétons son champ d'étude comme celui des « assureurs sociétés de personnes à but non lucratif ». La distinction primes fixes/primes variables ou les différentes possibilités ou obligations de reverser des excédents ne sont pas détaillées. La notion de « ristourne » pourrait englober un sens assez large et, comme nous le verrons ultérieurement, prendre des formes *ex ante* (les tarifs sont ajustés en amont pour limiter les excédents : politique volontariste de modération tarifaire compte tenu d'une orientation non lucrative) et des formes *ex post* (autres formes de ristournes effectuées après constat d'excédents) avec, comme expliqué plus haut, une incidence fiscale forte du point de vue de l'efficacité.

²⁴ <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0970.pdf> définit simplement « frottement fiscal » par la seule « application de dispositions fiscales ». Nous l'entendons ici comme l'application de dispositions fiscales tendant à éroder de la valeur dans un processus de transfert.

²⁵ Une des formes particulières des sociétés d'assurance mutuelle auxquelles certaines règles particulières s'appliquent, comme par exemple l'obligation de primes variables.

Picard [2016] souligne que « *La spécificité des mutuelles est susceptible d'apparaître soit dans les principes d'évaluation du coût des fonds propres (coût du capital), soit dans la manière dont ce coût du capital devrait être pris en compte dans l'évaluation du coût et la tarification des différentes activités de l'assureur (capital budgeting)* », et plus loin que « *C'est dans le calcul du coût du capital pertinent, et donc du Hurdle Rate, que la spécificité de la forme mutuelle est susceptible d'apparaître, plutôt que dans le mode de calcul du RAROC.* ». Par Hurdle Rate il faut entendre ici le seuil fixé de rentabilité en retour du capital. L'acronyme RAROC utilisé par Picard correspond à « Risk Adjusted Return On Capital »²⁶ notion qui, selon lui, relève d'une méthodologie d'allocation des fonds propres qui s'est imposée pour le secteur bancaire et qui « *tend à acquérir le même statut pour les entreprises d'assurance.* ».

La notion de « *création de valeur sociétariale* » est clairement posée par Caby et Lamarque [2019] qui tentent d'étudier plus particulièrement le cas des banques coopératives et mutualistes. Elle ne semble pas à leur yeux trouver de réponse très satisfaisante aujourd'hui : « *On peut formuler le vœu que de nombreuses recherches s'attachent à nourrir et à argumenter la création de valeur sociétariale en se fondant sur la combinaison des performances économiques et sociétales qui fait assurément son originalité* » et « *Aussi est-il urgent que ce modèle trouve les éléments de mesure et d'évaluation nécessaires pour démontrer que l'engagement coopératif et mutualiste crée plus de valeur* » [Caby, Lamarque, 2019, al.38]. Dans leur résumé, ils estiment finalement qu'on ne peut pas en rester là : « *Le secteur financier coopératif ne pourra pas durablement s'affranchir de cet impératif au risque de devenir des établissements financiers comme les autres* » [Caby, Lamarque, 2019, al.38] ce qui semblerait proche du risque de « *dégénérescence* ». Nous reviendrons sur ce risque au III.2.b). D tout comme sur celui lié aux questions de gouvernance et de contrôle des dirigeants exécutifs soulevées explicitement par Caby et Lamarque [2019, al.5] sur lesquelles nous reviendrons au III.4.

Cette revue de quelques éléments de littérature soutient l'idée intuitive commune selon laquelle :

- la notion de « performance » ne s'exprime manifestement pas dans les mêmes termes pour les sociétés de capitaux et les sociétés de personnes ;
- les objectifs de « rentabilité » du capital n'ont aucune raison d'être identiques, voire aucune raison d'être tout court pour les sociétés de personnes, du fait même de leur caractère non-lucratif.

Elle montre aussi que la tâche de définition de critère de performance de « *création de valeur adhérent* » n'est pas aisée.

Dans le cadre de notre modèle simplifié, nous considérerons déjà en tout état de cause que, toutes choses égales par ailleurs, le niveau de « *résultat à conserver* » Rc visé peut-être le même pour toutes les formes de sociétés. La différence essentielle est tout simplement dans le niveau de « *résultat distribuable* » Rd visé, qui a toutes les raisons d'être fondamentalement différent entre organismes à but lucratif et non lucratif, ce qui peut constituer une reformulation simple des observations de Picard

²⁶ Notons que Foulquier et Arias [2009] utilisent une notion extrêmement proche appelée « Return on risk adjusted capital » soit RoRAC ; Voir <http://www.experian.com/blogs/insights/2009/11/rorac-vs-raroc-part-2/> pour une explication sur les différences entre RAROC et RoRAC.

[2016] déjà mentionnées. Cela ne constitue pas pour autant la seule valeur attendue du modèle mutualiste.

C. Le « Return On Equity » est-il néanmoins une performance clé pour les assureurs ?

L'ACPR aborde souvent dans ses rapports (cf. quasi-totalité des références [ACP] et [ACPR]) la question de la « rentabilité » comme étant essentielle, voire un indicateur de fragilité potentiel [ACPR, 2016a]. Elle le fait aussi dans sa communication : « *Le second défi, c'est la rentabilité insuffisante des **mutuelles santé** et des **institutions de prévoyance**. A cet égard, l'ACPR insiste sur la poursuite de la concentration, indispensable pour atteindre des économies d'échelle, dans la mesure où les hausses tarifaires ne sont pas à l'ordre du jour des pouvoirs publics.* »²⁷. Ces considérations sont reprises dans les propos rapportés par la FNMF, avec quelques nuances toutefois sur le fait que la concentration ne serait utile que pour certaines mutuelles et que cela ne dépendait pas forcément, au demeurant, de leur taille [FNMF, 2019].

On notera que si dans les propos rapportés ci-dessus par « L'argus de l'assurance » les mutuelles et IP sont explicitement citées, l'examen de l'ensemble des documents ACPR (voir par exemple l'étude ACPR [2016a]), tout autant que la communication institutionnelle ne mentionnent pas particulièrement que cette « rentabilité » peut se concevoir, au moins dans son niveau visé, de façon différente dans le secteur lucratif et non lucratif, pratiquement comme si cette distinction n'avait pas lieu d'être quand on regarde les indicateurs et surveille les opérateurs. Bien entendu, la distinction est souvent faite entre nature juridique des opérateurs dans les documents pour présenter certains indicateurs. Mais sur cette question particulière de la « rentabilité », de la façon de la calculer et des objectifs associés, aucune distinction ne paraît faite. Par exemple dans les documents ACPR [2016a] ou encore [2018a] la rentabilité est bien définie comme le ratio de résultat sur les capitaux propres²⁸ (par exemple p. 16 et 29 dans le premier document, p.15 et 96 dans le second)²⁹.

Pourtant manifestement, comme évoqué à l'occasion de la revue de littérature qui précède, les objectifs de « rentabilité », si on les exprime comme le résultat rapporté au capital, n'ont aucune raison objective d'être exprimés de la même façon, ni surtout de viser le même niveau. Si on se réfère à l'équation (4) de notre modèle simplifié, les objectifs en matière de Rd n'ayant aucune raison d'être similaires, contrairement à ceux en matière de Rc , ceux du ROE ne peuvent tout simplement pas l'être.

Les objectifs principaux de l'ACPR, outre la stabilité globale du système financier, sont, en ce qui concerne les assurances, la solvabilité et la protection de la clientèle. Une certaine forme de « rentabilité » contribue bien sûr au maintien de la solvabilité dans la durée et donc *in fine* à la stabilité financière et la protection de la clientèle. On peut aussi estimer que « rentabilité » peut s'interpréter ici dans les propos de l'ACPR comme « ratio de résultat suffisant au regard des fonds propres pour permettre les équilibres et garantir la solvabilité dans la durée en fonction des objectifs et de la stratégie » ce qui serait bien long à formuler et correspondrait à l'idée de Rc évoquée dans notre

²⁷ <https://www.argusdelassurance.com/les-assureurs/federations/bernard-delas-acpr-les-assureurs-doivent-poursuivre-leurs-efforts-d-adaptation.148095>

²⁸ Il s'agit donc d'un calcul de type ROE (« Return On Equity »).

²⁹ Pour les banques, [ACPR, 2018a] évoque différents types d'indicateurs de rentabilité : le produit net bancaire, le coefficient net d'exploitation, le ROE et le ROA. Pour les assurances les documents ACPR évoquent la rentabilité « ROE » et parfois aussi la « rentabilité technique » (ex : [ACPR, 2016a]).

modèle simplifié. Mais *stricto sensu*, ce n'est pas la même chose et dans les rapports il ne semble y avoir qu'un même calcul, celui d'un ROE, et qu'une seule et même agrégation entre opérateurs, y compris lorsque la rentabilité est regardée comme un indicateur potentiel de vulnérabilité [ACPR, 2016a].

Ceci n'invalide évidemment pas, en tant que tel, les propos de l'ACPR qui peut être en mesure d'estimer, au vu des données qu'elle analyse et en reprenant le vocabulaire de notre modèle, que le niveau de « résultat à conserver » *Rc* serait jugé insuffisant pour les mutuelles et les IP. Il serait de toute façon difficile de soutenir que l'ACPR exercerait son rôle d'autorité de contrôle sans discernement sur cette question de la différence entre lucratif et non lucratif, mais il est en revanche tout à fait notable que cela n'apparaît pas explicitement dans la communication et dans les rapports et que, par ailleurs, on ne trouve pas mention d'un niveau de rentabilité qui serait « satisfaisant » ni comment ce dernier serait déterminé.

L'ACPR vise peut-être aussi dans ces propos des mutuelles en difficulté bien qu'elle semble juger la performance d'ensemble des mutuelles et IP comme « insuffisante ». Il se peut que ce soit par comparaison avec le secteur des sociétés d'assurance mutuelles, certaines affichant parfois des ratios de rentabilité impressionnants pour des non-lucratifs. Elles agissent toutefois dans des secteurs plus larges et nécessitant plus de capitaux.

Ces ambiguïtés peuvent peut-être aussi trouver explication dans le positionnement et la reconnaissance de certaines activités du secteur non-lucratif, notamment en Europe, qui poussent certains à proposer une définition juridique de la notion de « lucrativité limitée », évoquée par Beudet et Pierron [2018, p.62-66]. Une très intéressante analyse de cette question est présentée par Driguez [2019], qui estime à propos de l'intérêt d'une meilleure valorisation du rôle de l'ESS que : « *Cette mise en valeur impose quant à elle de renoncer à faire de l'entreprise capitaliste le standard de l'économie pour laquelle toutes les règles sont pensées.* ».

Notons que les commentaires d'agences de notation semblent, de leur côté, intégrer sans difficulté cette distinction dans leur communication, comme en attestent par exemple ceux de Fitch Ratings qui aurait fait observer à propos de la notation du groupe Vyv que : « *L'agence estime aussi que la capitalisation du groupe est « très solide ». Si elle s'attend à ce que la rentabilité du groupe demeure « faible », elle la juge cependant conforme à son statut mutualiste.* »³⁰.

Le secteur « non lucratif » ne peut pas, à l'évidence, on peut même dire « par définition », avoir le même niveau d'objectif de « rentabilité » des capitaux que le secteur lucratif, même dans le domaine des assurances où la maîtrise de la capitalisation et celle de la solvabilité sont essentiels. Comme le disaient Foulquier et Arias [2009] plus haut, la rentabilité, pour le non lucratif n'est pas une fin en soi. Une différence de niveau paraît donc normale et même *a priori* attendue. Couret et Lacan [2009, p.47] avancent d'ailleurs des comparaisons chiffrées spectaculaires avec des différences de ROE entre assureurs capitalistes et mutualistes qui vont de 4 à 31,7 points selon les années. Toute la question est le niveau de cette différence, qui pourra évidemment être apprécié différemment selon les mutuelles et leur situation.

³⁰ <https://www.argusdelassurance.com/les-assureurs/mutuelles/groupe-vyv-une-notation-pour-afficher-sa-solidite.141020>

En tout état de cause, il faut donc nécessairement trouver d'autres façons d'être « performant » pour les sociétaires ou adhérents. Couret et Lacan [2009] estiment que l'approche de la performance par les sociétés à forme mutualiste les conduit à la considérer sous l'angle d'indicateurs spécifiques pouvant être rangés dans trois familles :

- les « indicateurs de confiance »,
- les « indicateurs de bonne perception »,
- les « indicateurs d'une gestion économique favorable au sociétaire ».

Les indicateurs de confiance

Parmi les indicateurs de confiance, les auteurs évoquent :

- le taux de résiliation à l'initiative des sociétaires ;
- les taux d'équipement (proportion de clients possédant plusieurs contrats majeurs chez le même assureur) ;
- le taux de prescription (proportion de clients ayant recommandé le produit d'un assureur sur une période donnée) ;
- le taux de réponse aux enquêtes (proportion de sollicitations lors d'études sur les besoins ou les offres ayant fait l'objet d'un retour du sociétaire) ;
- le taux de participation aux élections annuelles de leurs représentants.

Les indicateurs de bonne perception

Il s'agit principalement d'indicateurs ressortant d'enquêtes ou baromètres divers. Ils se distinguent moins de la catégorie précédente par leur finalité que par la méthode d'obtention (calculs factuels pour les précédents, recueil d'opinion pour ceux-ci).

Les indicateurs d'une gestion économique favorable au sociétaire

Les auteurs mentionnent notamment un « ROE » moins élevé (*« Ils présentent ainsi une moindre rentabilité sur capitaux propres. In fine, les cotisations versées par les sociétaires sont davantage consacrées à l'activité d'assurance. »*), une maîtrise des frais de gestion, la solvabilité et la bonne gestion prudentielle.

Etonnamment, ils ne mentionnent pas les ratios de type P/C qui pourtant paraissent être plus proches de la finalité même d'une « gestion économique favorable au sociétaire ». Certains des indicateurs mentionnés, comme le ROE faible et les frais de gestion maîtrisés, n'étant *a priori* que des moyens et non des buts.

Nous ne reprendrons pas explicitement cette classification proposée par Couret et Lacan [2009] mais en revanche étudierons certains des éléments de performance proposés en tentant d'en ajouter quelques-uns.

D. Le ratio prestations sur cotisation : une bonne mesure ?

Certains ratios de gestion, classiques dans le monde de l'assurance, sont utilisés pour le pilotage d'une entité, et parmi eux le ratio « prestations sur cotisation » ou « P/C » (les assureurs parlent plus fréquemment du « S/P »³¹ ou « ratio de sinistralité ») [Jaouen, 2019]. C'est clairement un indicateur qui se place en « vue client », même s'il n'intègre pas les taxes comme la TSA où l'assureur n'est que collecteur transparent pour l'Etat (cf. [DREES, 2019, p.51]).

Notons qu'indépendamment de ce que peut demander ou non la réglementation en matière d'affichage, certains assureurs mettent déjà en avant dans leur communication à destination des clients et futurs clients ce type de « performance » :

- Direct Assurance, par exemple dans ses spots télévisés³² ;
- Alan qui :
 - dans son blog³³ explique que le P/C trop faible (64% en 2017) observé fera l'objet d'ajustements tarifaires l'année qui suit et ceci, de façon intéressante, indépendamment d'un taux de frais de gestion extrêmement élevé (par exemple frais d'acquisition de 70% et frais de gestion des contrats à 113%), donc d'un résultat particulièrement dégradé, s'agissant d'un démarrage d'activité avec des frais fixes proportionnellement très élevés ;
 - ou encore que pour choisir une bonne assurance santé : « *C'est la chose la plus importante à prendre en compte. Prenez une bonne couverture à petit prix (c'est encore mieux si elle inclut les séances d'ostéo et de psy non remboursées par la Sécu)* »³⁴.

La mesure du P/C, dans l'objectif de mesurer une « performance pour l'adhérent » mériterait toutefois quelques définitions précises tant pour le numérateur que le dénominateur. Par exemple une mutuelle qui a dans ses objectifs de fournir à ses adhérents certaines prestations et services à caractère social ou d'accompagnement, voire de prévention, seraient fondée à en tenir compte dans le calcul du P (prestations).

Mais au-delà de la définition de son calcul, le P/C présente aussi quelques limites et est même susceptible de biaiser certaines comparaisons.

Didier Bazzocchi lors d'un entretien accordé en mai 2019, confirme que le P/C révèle objectivement une certaine forme de « performance » pour l'adhérent. Il souligne toutefois que l'on peut avoir un très bon P/C mais, pour autant, très mal couvrir les assurés. En effet, pour lui, en réalité le P/C ne dit pas si le « contrat » proposé est performant ou pas. En effet, même s'il est élevé, il peut subsister un très fort reste à charge si le contrat offre une mauvaise couverture. Il propose donc de raisonner sur une mesure de « *l'efficacité du contrat* » en intégrant le reste à charge dans le calcul. Il précise qu'il utilisait d'ailleurs volontiers cet outil chiffré à des fins pédagogiques dans le dialogue avec

³¹ « Sinistres sur primes ». C'est le même principe qu'un P/C mais avec le vocabulaire propre aux sociétés d'assurances.

³² On pourra notamment consulter « <https://www.youtube.com/watch?v=gI2C8tERayY&list=PL-3uBACjmPHVIKYQa0YIm0Dx9GjDGsnFk&index=3> » qui reprend le spot de publicité « *74% des primes servent à rembourser les sinistres* » - consulté le 16/10/2019.

³³ On pourra notamment consulter le post « Bonjour transparence #1 » de Charles Gorintin disponible sur « <https://blog.alan.com/bonne-nouvelle/bonjour-transparence-1> » - consulté le 16/10/2019.

³⁴ Pour être précis, « une bonne couverture à petit prix » n'est toutefois pas équivalent à un bon P/C car cela dépend bien sûr de la sinistralité propre à la population couverte sur une garantie donnée.

ses équipes. Pour lui clairement, « l'efficacité du contrat c'est un élément déterminant de performance ». L'assuré a besoin qu'on prenne son reste à charge en compte pour se sentir bien couvert. Il convient néanmoins qu'il y a toutefois des limites : « on ne peut pas payer tous les restes à charge ». Une limite de cette approche est que si elle permet, à juste titre, d'examiner la performance d'une offre donnée, voire d'un segment de produit, elle est sans doute plus difficile à mettre en œuvre à l'échelle globale d'un assureur qui peut disposer d'une offre étendue, faire à la fois du collectif et de l'individuel et il est peut-être plus délicat d'établir une mesure objective publiable.

En définitive le « P/C » apparaît pour une mutuelle une bonne première approche, simple à mettre en œuvre, d'une dimension de sa « performance » qui est de maximiser le retour des cotisations vers les adhérents. Plus particulièrement pour une mutuelle, bien que cela puisse s'appliquer aux sociétés d'assurance également, son calcul devrait toutefois intégrer en toute logique, dans le « P », des prestations à caractère social voire de prévention qui font partie du « projet global au service des adhérents » même si elles n'ont pas de caractère assurantiel ou automatique.

Certaines mutuelles font d'ailleurs approuver en assemblée générale des objectifs minimaux de P/C. C'est le cas de la mutuelle Unéo ou encore d'Harmonie Mutuelle³⁵.

Notons que les équations (1) et (2) de notre modèle simplifié du 1.2.a).A. mettent en évidence les facteurs favorisant un P/C élevé. Si l'on part du principe d'un Rc positif ou nul (soit un équilibre minimal se traduisant par la non-réduction des fonds propres) et donc d'un R également positif ou nul, il convient :

- d'avoir les frais de gestion (FG) les moins élevés possible ;
- un résultat financier (RF) le plus fort possible ;
- avec un résultat (R) le plus faible possible (donc avec RN le plus proche de Rc , soit Rd le plus faible possible).

Ce modèle simplifié met en lumière l'opposition schématique entre intérêt des actionnaires et des adhérents dans les objectifs de performance entre sociétés de capitaux et de personnes, toutes choses égales par ailleurs (i.e. avec un Rc « suffisant » pour les équilibres³⁶) :

- les sociétés de capitaux doivent maximiser le « résultat distribuable » Rd ce qui se fait nécessairement au détriment de la maximisation du P/C ;
- les sociétés de personnes ont intérêt à maximiser le P/C et minimiser le Rd (à la fois difficile à distribuer et soumis à double frottement fiscal vu de l'adhérent).

³⁵ Voir par exemple le communiqué de presse (bas de p.1) disponible sur : http://campagne.harmonie-mutuelle.fr/cp-harmoniemituelle/2019/10-octobre/CP-HM-Grpe%20VYV_Cot%202020_29102019.pdf (consulté le 13/11/2019).

³⁶ On fait ici l'hypothèse que Rc a toutes les raisons d'être le même pour une même activité quel que soit l'organisme. On pourrait objecter en toute rigueur que pour les sociétés de personne Rd doit être supérieur à celui des sociétés de capitaux compte tenu des différences d'accès au capital qui nécessitent d'anticiper l'évolution de celui-ci. On se place ici dans l'hypothèse où il n'est pas anticipé d'évolution majeure du capital. Au demeurant, si cela se produit, la société de personnes devrait utilement examiner l'intérêt de recourir aux certificats mutualistes.

C'est ce que Lefèvre [2011, p.8] appelle « *le conflit assurés / actionnaires (amélioration du produit ou du service rendu contre distribution des profits)* ».

Le fonctionnement du marché et la relative normalisation des prix qu'il entraîne ne supprime pas cette « tension » entre les deux modèles de sociétés, mais limite la possibilité de la pousser à ses extrêmes. A cet égard, le marché de la complémentaire santé fait partie des plus intéressants champs d'observation de la cohabitation, sur un même marché et en pleine concurrence, de structures lucratives et non-lucratives. Couret et Lacan [2009] soulignent que cette cohabitation est établie de longue date dans le domaine de l'assurance de biens.

E. Un nouvel indicateur DREES

La DREES va, d'une certaine façon, dans le même sens que Didier Bazzocchi en cherchant à tenir compte du volet « reste à charge » après AMO et AMC. Elle présente à cet effet « *Une nouvelle méthode de classement des contrats* » [DREES, 2019, p.65]. La DREES calcule le « score » d'un contrat en évaluant de façon statistique le niveau de remboursement moyen du « reste à charge après assurance maladie obligatoire (AMO) », sur un panier de soins donné³⁷ pour un bénéficiaire moyen. Il varie entre zéro (aucun remboursement du reste à charge) et un (un remboursement complet). Le score permet alors de classer les contrats en trois classes :

- Classe 1 : score inférieur à 0,6 ;
- Classe 2 : score entre 0,6 et 0,8 ;
- Classe 3 : score entre 0,8 et 1.

La DREES souligne toutefois certaines difficultés méthodologiques et concède même que « *le niveau de couverture est une mesure imparfaite de la qualité de la couverture offerte par un contrat* », car cela ne tient pas compte d'autres éléments comme l'accès ou non à des réseaux à tarifs négociés ou le bénéfice de plateformes téléphoniques de conseils. L'approche est par ailleurs purement comptable et ne tient pas compte de la valeur donnée à la qualité de la relation client (conseil, disponibilité, rapidité des remboursements, simplicité, etc...). Enfin, la démarche 100% santé devrait conduire à modifier en partie ces mesures.

Les premiers résultats mis en évidence par la DREES tendent à montrer que les contrats collectifs sont en moyenne plus couvrants que les autres (cf figure 11).

³⁷ A savoir : l'optique simple, l'optique complexe, les aides auditives, les prothèses dentaires, les soins orthodontiques, les consultations de médecins spécialistes, la pharmacie remboursée à 15 % et 30 % par l'AMO, la chambre particulière à l'hôpital.

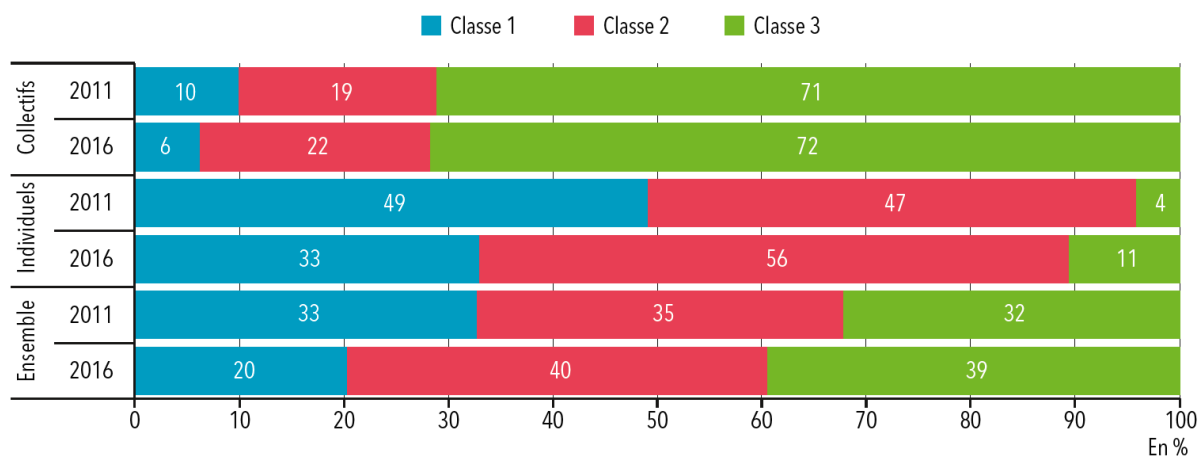


Figure 11 : Répartition des contrats par classes (source [DREES, 2019] p. 67)

Cela semble toutefois ne mesurer qu'une forme de qualité ou de niveau de couverture du contrat, qui peut d'ailleurs être calculée *a priori* sans disposer des résultats d'une année donnée, mais pas l'efficacité globale comme le suggère Didier Bazzocchi qui, lui, intègre bien dans le calcul prestations remboursées, cotisations et reste à charge final.

On notera par ailleurs que le choix des niveaux de couverture dépend aussi des assurés, mais aussi que, parfois, ils n'ont pas la main sur ce sujet notamment dans le cas des contrats collectifs. Aussi, il semble que, bien qu'intéressant, notamment dans le contexte des études DREES, ce type d'indicateur mesure difficilement la performance de l'organisme dans sa gestion et dans les objectifs qu'il se fixe.

F. La mesure de la valeur de la qualité de la relation à l'adhérent

La valeur donnée à la qualité de la relation client qu'il s'agisse de l'accueil, du conseil, de la disponibilité, de la rapidité des remboursements, de la simplicité et de la facilité, du sentiment d'appartenance à une communauté, voire de services sur mesure proposés, ou encore tout simplement le fait de se sentir « bien dans sa mutuelle » constitue bien sûr une dimension majeure. Cela s'inscrit tout à la fois dans les « indicateurs de confiance » et les « indicateurs de bonne perception » évoqués par Couret et Lacan [2009]. Dans leurs développements, ils évoquent la sélection multicritère rentrant dans la gestion de projet de leurs sociétés, qui croise dimensions économiques et dimensions « mutualistes » : « *qualité du service rendu, qualité de l'emploi et des relations sociales, prise en compte de l'environnement et des parties prenantes, etc.* ».

Cette valeur est toutefois extrêmement difficile à mesurer même si les auteurs proposent quelques pistes déjà listées plus haut, pour tenter de mesurer attachement et implication dans la société à forme mutualiste.

Recherchant les indicateurs les plus simples, nous retenons ici principalement deux pistes permettant de mesurer de façon empirique la valeur de la « relation adhérent » perçue : un « churn rate adapté » et un « Net Promoter Score™ »³⁸.

Un « Churn rate adapté »

Le « churn rate » ou « taux d'attrition » est un indicateur fréquemment évoqué qui permet de mesurer la perte de clientèle ou d'adhérents. C'est le ratio nombre de clients perdus / nombre de clients total, mesuré sur une période donnée qui est le plus souvent l'année. C'est donc le taux de sortie des adhérents du portefeuille. Il présente des limites :

- cette mesure est potentiellement inadéquate en collectif ; la perte de clientèle est massivement liée aux sorties des entreprises³⁹, certaines ayant des turn-over élevés ; par ailleurs le renouvellement ou non d'un contrat collectif ne peut être considéré comme seulement imputable à la valeur perçue de la relation adhérent ;
- les sorties de portefeuille ne sont pas toujours le résultat d'une insatisfaction des sociétaires ou adhérents : transfert sur le contrat collectif d'un conjoint, problème de pouvoir d'achat, radiations pour non paiements ou autres motifs, etc...

C'est sans doute pour ces raisons que Couret et Lacan [2009] retiennent une formulation particulière : « *le taux de résiliation à l'initiative des sociétaires* ». Nous retenons la même idée que nous qualifierons de « churn rate adapté ». Simple à mettre en œuvre cette mesure pourrait faire partie des indicateurs de performance. Elle restera néanmoins peu représentative dans le cas du collectif et donc plus adaptée à l'activité sur les contrats individuels.

Le « Net Promoter Score™ » ou NPS

Un indicateur intéressant a été mis en avant par Reichheld [2003] : le « Net Promoter Score™ »⁴⁰ ou « NPS ». Fred Reichheld, à l'époque consultant de Bain & Company présente le concept de cet indicateur de satisfaction client développé avec l'aide la société Satmetrix. Cet indicateur devait donner un score facile à interpréter et comparable au fil du temps ou entre différentes compagnies ou branches. Il s'agit d'un indicateur très simple dont le calcul est basé sur l'analyse des réponses à une unique question du type : « Quelle est la probabilité que vous recommandiez entreprise/marque/produit X à un ami/collègue/membre de famille ? ». Un article en ligne présente le concept et le calcul de façon pédagogique [WEB, 4].

Les réponses à la question posée (données sur une échelle de 1 à 10) permettent de classer les clients en trois catégories :

- les « Promoteurs » (réponses 9 ou 10) ;

³⁸ « Net Promoter Score™ » est une marque déposée par Bain & Company, Inc., Fred Reichheld and Satmetrix Systems, Inc. Nous ne rementionnons pas ceci à chaque usage de la marque.

³⁹ Problématique par exemple évoquée dans le post déjà évoqué « Bonjour transparence #1 » de Charles Gorintin disponible sur « <https://blog.alan.com/bonne-nouvelle/bonjour-transparence-1> » - consulté le 16/10/2019.

⁴⁰ Traduction proposée : « Score net des promoteurs ».

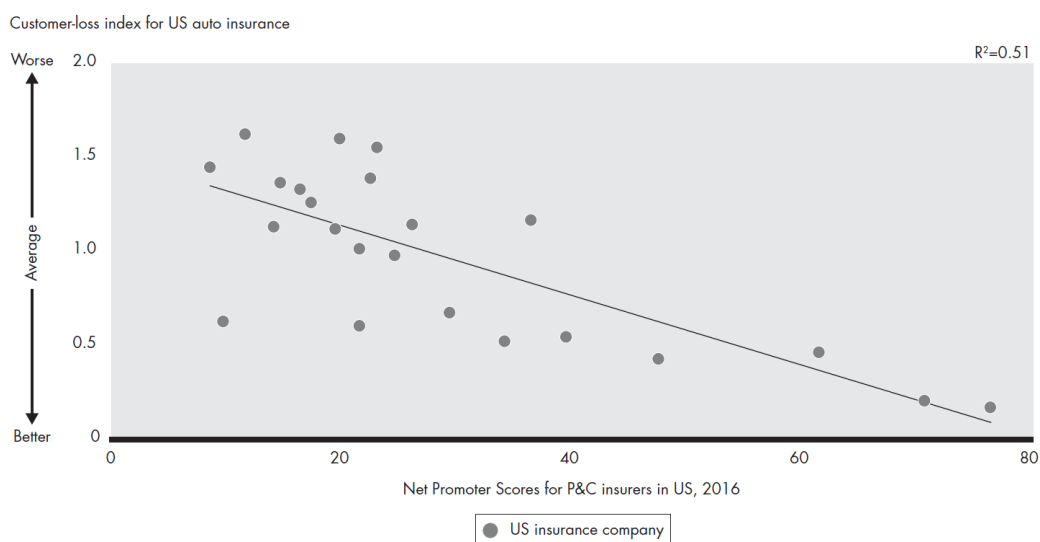
- les « Passifs » (réponses 7 ou 8) ;
- les « Détracteurs » (réponses de 0 à 6).

Le calcul du score est fait en ignorant les « Passifs » et en faisant simplement la différence entre le pourcentage des « Promoteurs » et le pourcentage des « Détracteurs ».

Très simple, cet indicateur, qui est aussi une marque déposée [Bain&Company, 2016], serait utilisé sur une base continue par un nombre croissant de grandes entreprises. L'article susmentionné souligne toutefois ses limites avec une base scientifique faible et une approche sans doute trop simpliste (pas de prise en compte du comportement réel, non prise en compte des détracteurs non-clients, absence d'évaluation des causes et conséquences). Comme souvent son évolution dans le temps sera sans doute la dimension la plus intéressante.

En dépit de ces limites, un tel indicateur peut vraisemblablement faire partie des outils d'évaluation de la « performance », sous l'angle de la valeur apporté à la relation à l'adhérent, à l'attachement de celui-ci à sa mutuelle. Il permet surtout de suivre l'évolution de la satisfaction globale, qui a vocation à faire partie des objectifs de performance.

Notons que les indicateurs de type de « Churn Rate » et « NPS » semblent relativement corrélés, ce qui ne surprend pas. L'étude du cabinet Bain&Company [2016, p.29] établit un graphique intéressant, reproduit ci-dessous, montrant une certaine corrélation entre les deux types d'indicateurs. Il s'agit toutefois ici du seul secteur des assurances véhicules aux USA. Une relation linéaire décroissante approximative est mise en évidence entre le « Net Promoter Score » et le « customer loss index » c'est-à-dire le « Churn rate », avec un coefficient de détermination convenable ($R^2 = 0.51$).



Source: Bain/Research Now NPS survey, 2016

Figure 12 : Relation entre indicateur de type "Churn Rate" et "NPS" (source : [Bain&Company, 2016])

G. Servir le plus grand nombre

Une mutuelle peut aussi légitimement se considérer comme satisfaisant une certaine forme de performance en touchant aussi le plus grand nombre de sa cible, pour autant qu'elle dispose d'une offre de qualité et à valeur ajoutée à proposer. Couret et Lacan [2009] évoquent d'ailleurs les offres qui dans leur conception « visent à diffuser des innovations « produit » pour que le plus grand nombre de personnes puissent être couvertes. ».

La croissance ou le niveau d'atteinte d'une cible d'adhérents peuvent donc être vus comme des performances recherchées, contrairement à la « rentabilité » au sens strict. D'une certaine façon, la taille peut alors être une valeur en soi. Il faut toutefois que cela puisse s'exprimer dans une vision, un projet aux contours délimités pour avoir un sens (voir partie III).

H. Survie et solvabilité

La survie d'une mutuelle, qui assurerait le maintien de son projet dans la durée, est-elle une performance ?

D'un certain point de vue, en tant que mutualiste, il faut espérer que non, en tout cas pris à la lettre. La valeur et le succès de la mutualité ne se mesure sans doute pas au nombre de ses membres disparus ou survivants, pas plus que la performance du secteur des sociétés d'assurances ou la valeur sociétale de son activité ne se mesure à sa population, également sans cesse décroissante. Au demeurant, la notion de disparition est toute relative : des projets mutualistes se sont pérennisés voire renforcés dans des rapprochements. L'ouvrage d'Alain Rey [2013] relate par exemple l'histoire d'un vaste mouvement de rapprochement entre mutuelles ayant conduit à la constitution d'Harmonie Mutuelle. Certains y liront des disparitions, d'autres, sans doute, un nouveau projet pérennisant les initiatives des mutuelles fusionnées. La mutuelle Unéo, née de la fusion de trois mutuelles militaires à la longue histoire en est un autre exemple. Le projet de « Mutualité militaire » survit bel et bien, sous une forme élargie bien que, facialement, trois mutuelles aient cessé leur activité de complémentaire santé⁴¹.

Le ratio de solvabilité est-il un indicateur de survie ou de perspective de survie ?

La solvabilité ne saurait en aucun cas être un indicateur de probabilité de survie. Selon l'adage souvent entendu dans les couloirs de la Mutualité, « on peut mourir riche ». Le II.3 met clairement en évidence que nombre de petites mutuelles, voire l'immense majorité d'entre elles, ont d'excellents ratios de solvabilité. La survie de leur projet réside, en réalité, dans leur seule capacité à conserver et attirer des adhérents correspondant à leur cible, tout en restant économiquement équilibrées et non pas dans leur niveau de fond propres ou leur ratio de solvabilité.

A contrario une valeur trop faible de ce ratio ou sa perspective de dégradation assez rapide est un indicateur manifeste de fragilité. La lecture du rapport de l'ACPR [2016a], qui s'intéresse aux

⁴¹ Ces mutuelles n'ont d'ailleurs pas disparu et ont conservé une activité d'accompagnement social relevant du livre III du Code de la Mutualité.

indicateurs de vulnérabilité des assureurs, laisse penser que c'est d'ailleurs à peu près le seul solidement établi.

Le ratio de solvabilité ou sa perspective peuvent donc clairement révéler la fragilité du projet porté par une mutuelle. Pour autant, ce n'est pas forcément une « performance », c'est plutôt un des moyens de définir et de piloter sa tolérance aux risques [Foulquier, Arias, 2015].

Un ratio de solvabilité très élevé est-il un indicateur de performance ?

La nécessité d'une bonne solvabilité est souvent évoquée. Couret et Lacan [2009] la retiennent d'ailleurs parmi les « indicateurs d'une gestion économique favorable au sociétaire ».

Nous souhaitons relativiser ce point de vue ou du moins le préciser.

Observons tout d'abord que Foulquier et Arias [2009, p. 29] établissent que le capital excédentaire par rapport au « capital économique » est destructeur de valeur pour les actionnaires et doit en conséquence être « *géré activement (rachat des fonds propres, dividendes exceptionnels ou acquisition)* ». Ceci peut notamment expliquer l'enjeu, pour les grands groupes capitalistes d'assurance, du développement des « modèles internes » dont l'emploi est prévu par la réglementation ([UE, 2009] et [UE, 2015]). La plupart d'entre eux ont retenu cette approche⁴². Ils leur permettent d'optimiser au plus juste le capital économique nécessaire dont découlera leur ratio de solvabilité. L'enjeu est majeur pour afficher la meilleure rentabilité au sens du ROE ou RoRAC⁴³. Les ratios de solvabilité de ces grands groupes d'assurance sont d'ailleurs loin d'être les plus élevés : entre 170% et 230% en général⁴⁴.

Ces considérations ne semblent en première approche valoir que pour les sociétés capitalistes. Ce propos mérite toutefois d'être lui aussi nuancé.

La situation est en effet radicalement différente pour les sociétés de personnes qui n'ont pas à afficher un ROE favorable. Dans ce cadre, l'intérêt d'un modèle interne pour une société de personnes est fort discutable, sauf si l'assureur a un profil de risque très particulier, ce qui est rarement le cas pour les mutuelles. Pour elles, un niveau très élevé de ratio de solvabilité sera souvent associé à des fonds propres élevés⁴⁵ et donc avec une perspective de résultat financier plus élevé, ce qui permettra de réduire les tarifs. C'est donc en effet, en apparence, favorable au sociétaire.

Pour autant faut-il chercher à acquérir du capital excédentaire par le biais du résultat ?

⁴² Voir par exemple : <https://www.argusdelassurance.com/acteurs/solvabilite-2-validation-du-modele-interne-de-general.104589>

⁴³ Return on Risk Adjusted Capital : en substance le résultat rapporté au « capital économique ». Le RoRAC peut être établi ligne d'activité par ligne d'activité. Le capital économique, bénéficiant éventuellement des effets de diversification, est alors ventilé entre les lignes d'activités [Foulquier, Arias, 2019].

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ La corrélation est pour autant loin d'être directe : ratio et niveaux de fonds propres pourraient même ne pas évoluer dans le même sens dans certains cas. Notons au passage l'apparent paradoxe connu de la réglementation Solvabilité II : plus on dispose de capital excédentaire, plus le SCR est élevé, en raison de la composante « risque de marché » du calcul de celui-ci. Le ratio de solvabilité augmente donc moins vite que les fonds propres, pour une allocation stratégique des actifs donnée. La façon la plus efficace de faire baisser son SCR est alors de réorienter l'allocation d'actifs vers les plus sûrs qui sont aussi les moins rentables (voir notamment [Frunza, 2013] p.14 à 17).

« Sur-tarifer » le sociétaire pour faire du résultat transformé en capitaux propres excédentaires par rapport au capital économique, avec un double frottement fiscal, pour produire ultérieurement une rentabilité très faible en espérant la transformer en avantage tarifaire paraît être un bien mauvais calcul, finalement destructeur de valeur pour le sociétaire.

A contrario, quand le capital excédentaire est déjà disponible, cela reste un avantage pour l'adhérent.

Finalement s'il est normal et observé (nous y reviendrons plus loin) que les sociétés de personnes aient un niveau de capitalisation en moyenne plus élevé que les assureurs capitalistes, tout comme eux, elles n'ont pas forcément intérêt à faire croître de façon régulière et systématique le capital excédentaire car cela est synonyme, en réalité, d'une tarification légèrement trop élevée qui n'est pas à l'avantage des sociétaires.

Un ratio de solvabilité n'a donc pas vocation, *a priori*, à progresser en permanence, sauf à anticiper des évolutions drastiques des exigences réglementaires ou de la situation économique. En toute rigueur, ces anticipations ont vocation à être considérées dans les « évaluations internes des risques et de la solvabilité » (EIRS ou ORSA en anglais) et donc dans la bonne évaluation du « capital économique ».

Une bonne solvabilité est tout simplement une nécessité pour éviter les situations de fragilité et garantir le service des adhérents dans la durée, plus qu'une réelle mesure de « performance » finale recherchée. Une mutuelle à 800% ce n'est pas nécessairement « mieux » qu'une mutuelle à 220%. Certes elle aura un résultat financier largement supérieur, constituant un avantage réel pour la tarification et l'équilibre, mais on pourrait aussi s'interroger sur les raisons qui ont conduit à un tel ratio.

Comme nous l'avons déjà évoqué, le maintien d'une très bonne solvabilité ne nécessite pas pour autant une « rentabilité » élevée permanente, au sens du ROE, celle-ci pouvant même être faible dès lors qu'aucun besoin d'augmenter les capitaux propres par le bais des cotisations n'est identifié dans le cadre de l'ORSA.

I. D'autres mesures de la « valeur ajoutée » de l'assureur ?

Didier Bazzocchi [entretien de mai 2019] élargit par ailleurs la question de la performance d'un assureur, voire de son utilité sociale, à celle de la mutualisation réelle du risque qu'il opère et plus largement de la valeur ajoutée qu'il apporte. Concernant le volet mutualisation, il mentionne tout particulièrement certains frais qui ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale et ne le seront sans doute jamais, notamment en matière d'hospitalisation. Il estime que sur l'hospitalisation les restes à charge peuvent être très importants, y compris pour les patients en ALD et qu'il y a là matière à créer de la valeur pour les clients dans les contrats d'assurance⁴⁶.

⁴⁶ On pourra notamment consulter [Bazzocchi, 2018] à ce sujet et plus particulièrement son paragraphe « *la réalité du reste à charge* ».

Lefèvre [2011, p.27 à 29] évoque, quant à elle, l'importance du conventionnement et des réseaux de soins comme valeur différenciante à rechercher par effet de taille car cela nécessite, selon elle une capacité à monter des partenariats : « *il est un domaine dans lequel l'effet de taille semble toujours insuffisant : celui des réseaux, qui ne peuvent se construire sans l'aide de partenaires* ».

Plus largement, des voix⁴⁷ semblent réclamer d'indispensables espaces de liberté sur les offres privées de couverture santé, y compris en matière de régulation de la demande et de négociation avec les offreurs de soins. Cela pourrait être une condition de création de valeur pour les adhérents, voire pour le système dans son ensemble [Demange, Geoffard, 2004], pour que la concurrence exacerbée ait une utilité autre que de faire grimper les frais de publicité. Le secteur est en effet particulièrement encadré par les pouvoirs publics et la tendance ne s'inverse apparemment pas : voir notamment Jacoud et Payen [2019] ou Beaudet et Pierron [2019 p. 89] qui évoquent les projets d'imposer des « contrats types », c'est-à-dire la standardisation absolue de l'offre. L'innovation et la différenciation ainsi que la création de valeur pourraient bientôt devenir extrêmement difficiles pour ne pas dire quasiment impossibles, tout comme le choix des adhérents en matière de niveau de garantie. La complémentaire santé paraît ainsi de plus en plus vouloir être traitée par les pouvoirs publics comme un service public strictement standard, délégué à un secteur privé, qu'il soit lucratif ou non lucratif, très encadré et au sein duquel ils souhaiteraient une concurrence extrême sur les prix, voire des prix plafonnés au travers de l'encadrement des frais de gestion, sans aucune autre attente des forces du secteur privé. Cette vision correspond au troisième scénario évoqué par Beaudet et Pierron [2019, p.89]. Si l'on met cela en perspective du caractère bientôt quasi obligatoire de fait de la souscription d'une complémentaire santé, qui reste lourdement taxée, la tendance serait alors de se diriger inéluctablement vers le premier scénario évoqué dans la même référence : celui du « 100% sécu » [p.88]⁴⁸.

A l'occasion d'une matinée organisée par l'Association des Directeurs d'Organismes Mutualistes, Philippe Dabat d'AG2R La Mondiale s'interroge d'ailleurs sur ce sujet : « *Avec une sécurité sociale de plus en plus, quoiqu'on en dise, invasive, des sujets de réglementation quels qu'ils soient qui nous laissent de moins en moins de marges de manœuvre, comment allons-nous justifier notre position de valeur à 5 ans ? A 10 ans ?* » [ADOM, 2019b].

Finalement les OCAM ne savent plus très bien s'ils sont des acteurs désirés, tolérés ou bien finalement indésirables, ni même ne savent ce qu'on attend vraiment d'eux. Pour autant, nombreux sont ceux qui cherchent toujours à capter au moins ce que désirent leurs adhérents. Au demeurant la liberté de pouvoir démocratiquement définir les garanties que les adhérents mutualistes désirent sans que celles-ci soient strictement les mêmes d'une mutuelle à l'autre pourrait faire partie des valeurs à défendre. Cette capacité à capter les besoins dans les structures mutualistes est par exemple décrite par Couret et Lacan [2009, p.41] dans un domaine autre que la santé (« procédure des vœux »). Encore faut-il que ce soit tout simplement autorisé.

⁴⁷ Voir par exemple plusieurs articles de la revue *Risques – Les cahiers de l'assurance* n°116.

⁴⁸ On trouve par ailleurs divers articles soutenant ce scénario. Par exemple :

https://www.lemonde.fr/idees/article/2017/01/14/creons-une-assurance-maladie-universelle_5062590_3232.html ou encore <https://www.monde-diplomatique.fr/2017/04/BULARD/57382>. D'autres sont beaucoup plus nuancés sur cette hypothèse, la jugeant irréaliste, comme en témoigne l'interview de Michel Dreyfuss, spécialiste de l'histoire de la mutualité : https://www.liberation.fr/france/2018/06/13/le-poids-des-mutuelles-en-france-s-explique-car-l-intervention-de-l-etat-dans-le-social-a-ete-tardiv_1658817.

Il paraît très difficile, dans ce contexte, de dégager des indicateurs allant dans le sens d'une mesure de la valeur ajoutée propre de l'assureur en complémentaire santé autre que celles déjà évoquées. La tendance à l'encadrement du secteur ne paraît pas faiblir et la recherche de valeurs ajoutées différenciantes dans une offre santé reste particulièrement difficile, en dépit des tentatives des uns ou des autres en ce sens⁴⁹, quand elle n'est pas, de surcroît, fiscalement découragée.

J. Et le taux de frais de gestion ?

*« Lemme I. - On fait dire à une statistique ce qu'on veut, à une condition :
c'est qu'on évite de dire comment elle est faite.*

*Lemme II. - On ne demande comment une statistique est faite
que lorsqu'elle prouve autre chose que ce qu'on désire.*

*Théorème. - Quand vous désirez qu'une statistique vous renseigne,
cachez soigneusement ce que vous voudriez qu'elle prouve.
Car si on le sait, elle le prouvera et, puisqu'elle le prouvera,
vous oublierez de demander comment on l'a faite. »*

Auguste Detœuf

Le « taux de frais de gestion »⁵⁰ est, quant à lui, plutôt un moyen permettant de délivrer un bon « P/C » si on est dans le secteur lucratif ou d'améliorer sa rentabilité pour le secteur lucratif, qu'une performance finale recherchée.

Pourtant la réglementation tend à imposer et encadrer la publication des « frais de gestion » des organismes complémentaires santé, comme si c'était une des principales informations sur la performance du service rendu. Un peu comme si ces organismes étaient des associations à but non lucratif et non des organismes fournissant, dans un contexte hautement concurrentiel, un service d'assurance.

Pour le secteur associatif, la publication des frais de gestion a en effet un vrai sens et une vraie utilité pour éclairer des donateurs qui ne reçoivent rien en retour de leurs dons à des organismes qui ne sont par ailleurs pas vraiment, au sens strict, en secteur concurrentiel. Les donateurs ont besoin de savoir dans quelle mesure l'argent versé sert la cause pour laquelle ils le donnent et n'est pas gaspillé par manque d'efficacité.

En secteur concurrentiel, informer le consommateur sur ce qui s'assimile à un coût intermédiaire qui intéresse les seuls économistes, analystes et chefs d'entreprises, peut paraître vertueux mais est plus une source de confusion qu'une information réellement éclairante. Le consommateur est intéressé en réalité par le seul rapport entre le service rendu et le prix. Son acte d'achat n'est pas un don et il « n'achète pas des frais de gestion ». Personne, à part le chef d'entreprise et les analystes, n'a

⁴⁹ Par exemple en matière de télémédecine.

⁵⁰ Voir ses définitions par exemple dans les documents DREES cités en référence.

cure des coûts de construction d'une automobile ou des frais de commercialisation et d'informatique de son constructeur. On ne s'intéresse en général qu'aux caractéristiques, aux performances et au prix du véhicule. En matière d'assurance, un adhérent attend des prestations, une qualité de service et une couverture contre certains risques au meilleur prix. Même pour une mutuelle souhaitant délivrer de l'action sociale, celle-ci doit rester « accessoire » à l'activité. Elle sera contrainte d'être performante économiquement, sinon elle ne pourra, bien sûr, financer aucune action sociale.

Il n'est par ailleurs pas toujours facile de définir des règles indiscutables pour établir des coûts intermédiaires, éclairant sincèrement le consommateur. Par ailleurs, si ces éléments sont perçus par les dirigeants comme susceptibles d'influencer le choix du consommateur, alors il sera toujours possible de faire, en toute légalité, des choix de comptabilité susceptibles de biaiser les comparaisons. La comptabilité analytique n'est pas normative et peut relever de certains choix de gestion. Dans le domaine de l'assurance, on peut évoquer le cas de réseaux de distribution, dont le partage des coûts entre différentes lignes d'activités, tout particulièrement pour les bancassureurs peut être difficile à normer. Si utiliser ce type de synergies est parfaitement légitime, la façon de ventiler cela dans un calcul de frais de gestion destiné à informer utilement le consommateur ne pourra sans doute jamais être convenablement normée, si tant est que ce soit nécessaire. En effet, comme déjà indiqué, ces problématiques intéressent avant tout le producteur et pas le consommateur. Elle ne relève pas d'une performance en « vue client ».

Par ailleurs communiquer sur les taux de frais de gestion sans signaler le volume de bénéfice distribué par exemple pour les sociétés de capitaux ou *a contrario* l'investissement en prévention ou en action sociale d'un acteur non-lucratif, introduit potentiellement de très importants biais de comparaison.

Que doit par exemple penser un assuré de la comparaison entre une mutuelle qui afficherait 20% de frais de gestion, en délivrant en sus des prestations action sociale pour les plus fragiles et investissant significativement dans la prévention et un assureur capitaliste qui afficherait 18%, alors que l'assuré potentiel ignorerait que cet assureur distribuerait par exemple 5% de dividendes tout en ne faisant ni action sociale ni dépenses significatives en prévention ?

Des deux ratios P/C et taux de frais de gestion, seul le premier fournit une information utile « vue du client » et ne présentant que peu de biais possibles dans le calcul.

Le choix des autorités publiques de contraindre à communiquer sur le ratio des frais de gestion dans un contexte hautement concurrentiel plutôt que sur le seul P/C est ainsi étonnant tant il est susceptible de porter des biais et d'induire en erreur dans les comparaisons.

Nous estimons qu'un « taux de frais de gestion » n'a pas sa place dans la mesure de la performance finale d'une complémentaire santé. Ce n'est qu'un indicateur de gestion utile aux analystes et aux managers.

Nous écartons également pour les mêmes raisons les ratios de type « ratio combiné » qui ne se placent pas du point de vue de la valeur créée pour l'adhérent, mais du point de vue de la création de valeur pour l'entité. Et créer de la valeur pour l'entité est une chose, en créer pour l'adhérent en est

une autre, car même si l'on affirme parfois qu'une mutuelle « appartient à ses adhérents », c'est plus une formule qu'une réalité. Les adhérents en sont plutôt des « locataires ». Par ailleurs, les possibilités de redistribution du capital accumulé sont fort limitées et la question du double frottement fiscal a été évoquée plus haut.

I.2.b) Proposition de choix de performances pour une mutuelle

Certaines pistes et voies de réflexion autour de la mesure de la performance d'un assureur santé évoquées plus haut sont intéressantes, mais aussi, à ce stade, parfois encore difficiles à mettre en œuvre. Elles nécessitent approfondissement et retours d'expériences. Dans un premier temps nous cherchons les idées les plus simples à mettre en œuvre pour une mutuelle.

Quelle vision privilégier finalement au regard des considérations qui précèdent ? Tout d'abord chaque mutuelle est fondée à élaborer un projet qui lui soit propre et à définir, en conséquence, ses propres objectifs de performance. Cela devrait faire partie de tout exercice d'élaboration de la stratégie.

En l'état actuel de la réglementation et de la faible latitude laissée aux assureurs santé, une mutuelle pourrait toutefois, en toute logique, dans ses indicateurs de « performance recherchée » retenir principalement quelques mesures simples :

- Pour le collectif et l'individuel :
 - un P/C le plus élevé possible, intégrant l'action sociale dès lors qu'elle fait partie fondamentalement du projet porté par la mutuelle ; un minimum recherché peut être fixé en tenant compte d'une part du taux de frais de gestion atteignable et d'autre part du montant des fonds propres et des perspectives de résultat financier associées ;
 - et le cas échéant le taux d'atteinte d'une cible en nombre d'adhérents, voire de taux de croissance de celui-ci (en fonction de la stratégie) ;
- Pour l'individuel, en complément de ce qui précède :
 - un « churn rate adapté » le plus bas possible et/ou un « Net Promoter Score™ » le plus élevé possible, les deux étant *a priori* corrélés.

Consolider des réflexions sur la création de valeur, la performance des organismes relevant de l'économie sociale et solidaire (ESS) et surtout sur son pilotage ainsi que sa gouvernance constitue un axe de travaux ultérieurs qui paraît important pour ne pas dire incontournable [Caby, Lamarque, 2019] si l'on veut combattre le risque de phénomène de « dégénérescence » (voir III.2.b) et Lallemand-Stempak [2013, p.24-26]).

I.2.c) Les mutuelles sont-elles performantes ?

Il est difficile de disposer de façon publique d'indicateurs de performance permettant de répondre à cette question. Parmi les indicateurs évoqués ci-dessus, on ne pourra trouver que rarement des informations en sources ouvertes sur ceux de type « Churn rate adapté » ou « Net Promoter Score » ni même des taux d'atteinte d'une cible, qui, de toute façon, ne pourrait pas s'apprécier globalement.

La croissance peut éventuellement être appréciée au travers des données globales, avec cependant de grandes disparités individuelles, qu'on pourrait observer dans les rapports SFCR. Les rapports DREES mettent en évidence sur ce dernier point pour les mutuelles une très faible croissance globale, mais surtout une perte de part de marché par rapport aux autres catégories d'assureurs. De ce point de vue les mutuelles semblent peiner en performance globale de conviction.

Finalement, c'est principalement le P/C qui peut-être plus facilement examiné au travers des statistiques rendues disponibles par les agences et services officiels. Son mode de calcul est alors celui retenu par ces organismes. Il n'intègre en principe ni action sociale ni investissement dans la prévention.

Un document de l'ACPR [2016a] est une source particulièrement intéressante pour examiner certains ratios. En effet, les mutuelles ont été globalement intégrées dans certains calculs en 2004. L'effet relatif de leur arrivée dans les statistiques peut ainsi facilement être mis en évidence. La figure 13, par exemple, donne l'évolution entre 2001 et 2015 du ratio S/P (équivalent du P/C), tous types d'activités d'assurance non-vie confondus, par quartiles (niveaux séparant la population des assureurs en quarts) et en présentant aussi la moyenne.

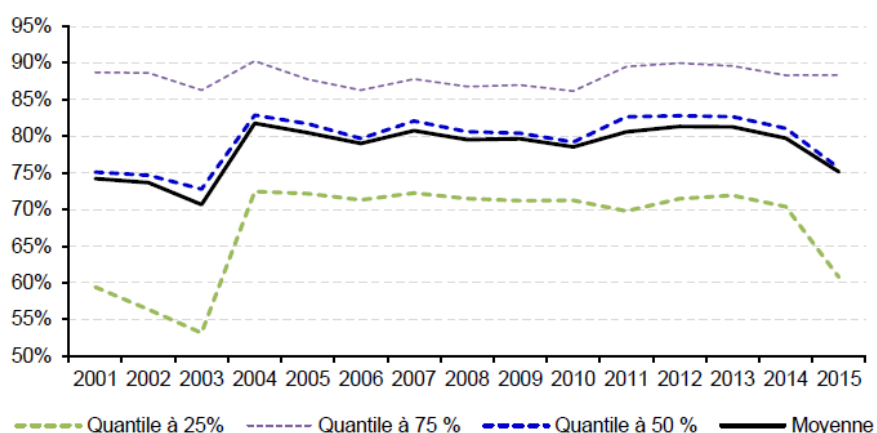


Figure 13 : Evolution du ratio S/P (équivalent du P/C) sur 2001-2015
Tous organismes d'assurance suivis par l'ACPR et tous types d'affaires en non-vie (source [ACPR, 2016a])

L'évolution des quantiles en 2004 est assez spectaculaire. La figure 14 qui présente la même vision mais pour la seule assurance des dommages corporels est encore plus spectaculaire. Les auteurs de l'étude confirment que c'est bien le fait de l'intégration des mutuelles dans le périmètre : « Le changement de niveau observé en 2004 reflète l'intégration des établissements mutualistes dans le périmètre sous revue (présents essentiellement en assurance de dommages corporels). » [ACPR, 2016a].

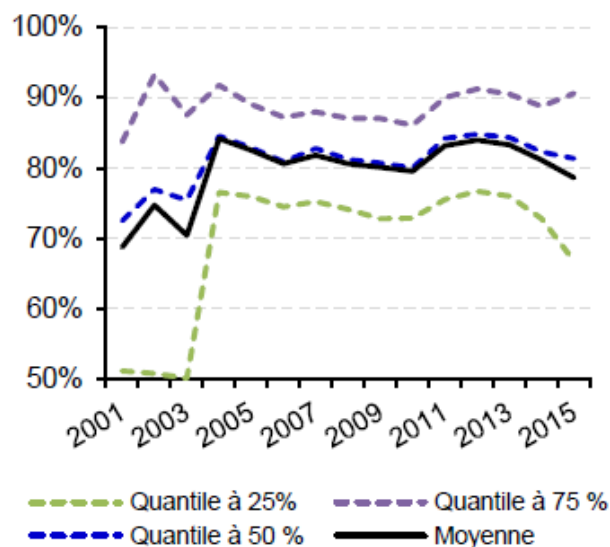


Figure 14 : Evolution du ratio S/P (équivalent du P/C) sur 2001-2015
Tous organismes d'assurance suivis par l'ACPR en dommages corporels (source [ACPR, 2016a])

Le rapport de la DREES de 2019 va dans le même sens. Il indique pour 2017 un P/C moyen de 78% pour les mutuelles et de 75% pour les sociétés d'assurance. Ce même ratio est toutefois de 85% pour les IP qui sont aussi non-lucratives. Il faut compléter cette analyse par la très forte différence de P/C observée entre contrats collectifs (85%) et contrats individuels (73%) soit plus de 12 points d'écart. Si l'on prend en considération le fait que les mutuelles font 71% de collectif, les IP 12% seulement et les sociétés d'assurance 51% [DREES, 2019], on peut estimer que l'écart en P/C reste particulièrement favorable pour les mutuelles.

Une très intéressante étude d'experts de la DREES établit quant à elle que pour les contrats individuels, les organismes lucratifs ont un taux de retour sur cotisation (P/C) inférieur de 4 points aux organismes non lucratif dont font partie les mutuelles [Leduc, Montaut, 2018, p.4 tableau 3].

Sans se prononcer sur les facteurs qui y conduisent, les mutuelles apparaissent bel et bien nettement plus performantes que la moyenne des autres assureurs, en ce qui concerne le P/C le plus favorable à l'adhérent.

Nous avons écarté le taux de frais de gestion de la sélection des indicateurs pertinents. Cet indicateur est toutefois l'un des rares disponibles globalement, avec la même mise en évidence possible de l'effet de l'intégration des mutuelles dans le périmètre de calcul de l'ACPR en 2004. La figure 15 présente comme ci-dessus l'évolution du « ratio de chargement ». On peut, en première approche assimiler ce ratio au taux de frais de gestion, l'ACPR le définissant comme suit : « *Le ratio de chargement est constitué du rapport entre d'une part les frais d'acquisition, d'administration et les autres charges techniques et d'autre part les primes.* ». L'intégration des mutuelles en 2004 a un effet

très significatif sur tous les quantiles. Les auteurs de l'étude observent ainsi que : « *Le ratio de chargement⁹ a subi une importante baisse en 2004 lors de l'arrivée des mutuelles* »⁵¹ [ACPR, 2016a].

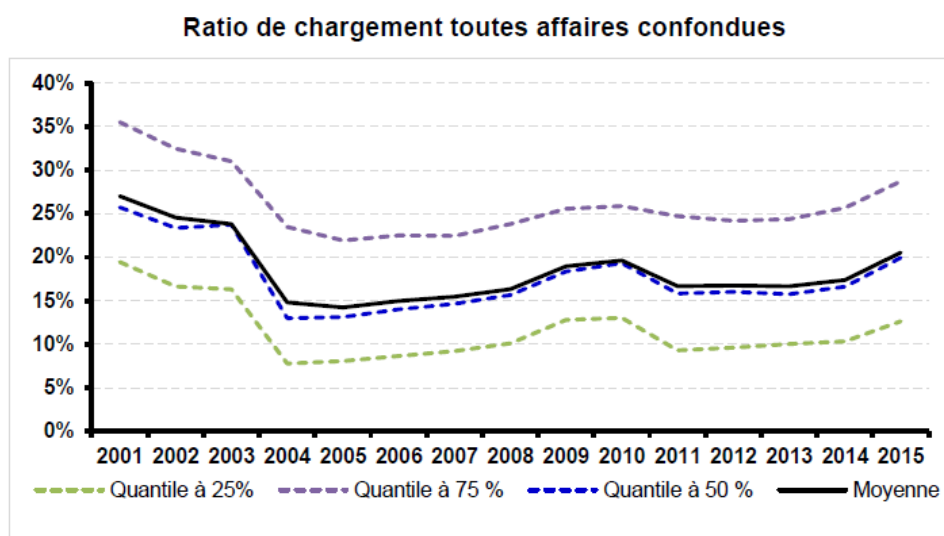


Figure 15 : Evolution du ratio de chargement sur 2001-2015
Tous organismes d'assurance suivis par l'ACPR sur tous les types d'affaire (source [ACPR, 2016a])

Nous avons évoqué les questions de survie et de solvabilité mais écarté la solvabilité comme une performance. Examinons néanmoins si les mutuelles présentent des caractéristiques différentes en moyenne dans ce domaine. La figure 16, tirée d'un document de la DREES présente les niveaux de couverture SCR par type d'organisme [DREES, 2018].

	Couverture SCR en %	par des fonds propres de		
		Niveau 1 en %	Niveau 2 en %	Niveau 3 en %
Ensemble des organismes	231	90	9	1
Mutuelles	285	99	1	0
Institutions de prévoyance	253	95	4	1
Sociétés d'assurance	224	88	11	1

Figure 16 : Couverture de SCR et qualité des fonds propres par type d'organisme en 2017 (source [DREES, 2018])

Non seulement les mutuelles ne semblent pas plus fragiles que les autres assureurs sous l'angle de la solvabilité, mais ce serait même exactement l'inverse. La couverture moyenne est de 285% contre

⁵¹ Le renvoi n°9 de la citation document donne la définition du ratio de chargement déjà précitée.

224% pour les sociétés d'assurances. Les fonds propres à 99% de niveau ⁵² pour les mutuelles contre seulement 88% pour les sociétés d'assurance.

Notons en complément qu'en ce qui concerne la vulnérabilité, une étude ACPR indique notamment qu'« *En non-vie, les mutuelles enregistrent un taux de vulnérabilité plus faible que les assureurs et les institutions de prévoyance* » [ACPR, 2016a].

En résumé, l'analyse des données disponibles donne plutôt une bonne image de la « performance » des mutuelles à ceci près que celles-ci perdent des parts de marché. Mais comme développé plus haut, la question de la performance ne peut pas se résumer à l'analyse de ces seules données.

1.3. Quelles raisons sont les plus fréquemment avancées pour expliquer la forte concentration ?

Nous proposons ici de formuler une synthèse des arguments les plus souvent mis en avant pour expliquer le mouvement de concentration dans le secteur de l'assurance complémentaire santé, souvent qualifié « *d'inéluctable* » [Furet-Coste, 2016].

Notons tous d'abord que l'ACPR (ex ACP) commente régulièrement dans ses rapports annuels (voir notamment déjà [ACP, 2010], [ACP, 2011]) le mouvement de concentration en des termes semblables. Elle souligne régulièrement que :

- le mouvement de concentration du marché de l'assurance s'est amorcé depuis le milieu des années 1990 et n'a cessé de se poursuivre ;
- cette baisse du nombre d'entités concerne en particulier les « mutuelles 45 ».

Parmi les facteurs macroscopiques identifiés par l'ACPR qui « *poussent de nombreux organismes à adapter leur stratégie et à rechercher une taille critique pour se développer sur le long terme* » :

- une « *concurrence toujours très vive entre les organismes* » ;
- une « *complexification du métier d'assureur complémentaire* ».

Quelques détails et compléments sur cette complexification sont donnés dans un document de l'ACPR [2015] qui mentionne notamment :

- la mise en place depuis le second semestre 2012 de la participation des collectivités territoriales au financement de la complémentaire santé et prévoyance de leurs employés ;
- l'entrée en vigueur de l'ANI au 1er janvier 2016 ;
- l'entrée en vigueur de la directive européenne Solvabilité II au 1er janvier 2016.

⁵² Soit la meilleure qualité de fonds propres.

Lallemand-Stempak [2013, p. 78] évoque notamment les « [...] pressions concurrentielles liées au découplage du secteur de l'assurance maladie complémentaire et aux contraintes de la réglementation qui s'applique aux mutuelles en termes de solvabilité ».

Le « rapport mutualiste » de l'institut Montaigne met de son côté fortement en avant la nécessité de réaliser des économies d'échelle. Il affirme notamment que « *Les institutions mutualistes devront chercher tous les moyens possibles pour faire jouer entre elles des économies d'échelle qui seules leur permettront d'affronter la concurrence à armes égales.* » [Montaigne, 2014, p. 56].

Furet-Coste [2016] cite un article de *La Tribune de l'assurance* et un de la *Gazette des communes* attribuant la concentration à :

- « *la pression de la concurrence* » ;
- des « *changements réglementaires successifs (code de la mutualité, fiscalité, directive Solvabilité II)* » ;
- la recherche d' « *économies d'échelle* » ;
- la mise en commun de « *moyens notamment en informatique* » ;
- la volonté d' « *atteindre une taille qui leur permettra d'investir* ».

Il se réfère aussi à Abecassis *et al.* [2014] qui évoquent :

- l'évolution du contexte national et européen ;
- le désengagement de l'assurance maladie obligatoire ;
- les « *transformations concurrentielles et réglementaires* » qui impactent le secteur d'activité des mutuelles.

Furet-Coste [2016] estime finalement que les raisons qui expliquent la profonde transformation en cours sont « *principalement de deux ordres, économiques et réglementaires* ». Plus loin il détaille certains facteurs qui bouleversent le socle historique de la Mutualité depuis l'après 1945 :

- « *l'érosion des contrats individuels* » (conséquence de l'entrée en vigueur de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 14 juin 2013) ;
- « *la complexification des exigences réglementaires et fiscales* ».

Il évoque également la problématique de la séparation forcée des activités de « Livre II » et de « Livre III », et propose finalement de regrouper cela en trois thématiques :

- « *L'adaptation au marché concurrentiel ou la nécessité d'une taille critique* »,
- « *L'érosion des contrats individuels* »,
- « *La complexification des exigences réglementaires* ».

Pour Catinchi [2016] « *Les mutuelles ont dû faire face à des évolutions fortes de leur environnement* » et « *La réglementation prudentielle a été un premier facteur contraignant qui a pesé sur leur gestion* ». Il évoque également la « *fiscalité aggravée* » et l'arrivée frontale d'une concurrence sur la souscription des contrats individuels « *d'autres opérateurs du secteur marchand rompu aux techniques de commercialisation de produits d'assurance, sociétés d'assurance, banques* ». Il estime que cette pression concurrentielle, qui provoque notamment une érosion des marges, a conduit les mutuelles à une réaction défensive pour « *maintenir leur part de marché, voire la développer, offensivement, en gagnant sur les autres opérateurs* ». En conséquence « *les « coûts d'acquisition* »,

moyens mis en œuvre pour développer la souscription de nouveaux contrats : réseau de développement commercial, publicité et communication, etc. » se sont envolés. Les mutuelles ont dû faire évoluer leurs offres pour répondre à des adhérents « s'affirmant de plus en plus comme des consommateurs exigeants » et ont dû développer « l'innovation et rechercher la différenciation ». Il ne manque pas d'évoquer la recherche d'économie qui en découle : « Toutes ces évolutions, consommatrices de ressources nouvelles, ont bien sûr imposé des recherches d'économie dans tous les autres domaines de leur gestion ».

Garcia [2018] se réfère à une étude Deloitte de 2017 qui confirme deux des facteurs macroscopiques déjà évoqués :

- La « forte concurrence » ;
- Les « effets du durcissement de l'augmentation des exigences de la réglementation (Solvabilité 2) ».

Les nombreux recueils d'interview réalisées par Garcia [2018] abondent dans le même sens que certains des propos déjà relevés. Le rapprochement des petites mutuelles est qualifié « d'inévitable » [Garcia, 2018, p.64]. Interviewé, Bruno Mestre, du groupe Macif, indique que pour les petites structures, les surcoûts engendrés par Solvabilité II les mettront en difficulté et que « *Le bénévolat va atteindre ses limites.* » [Garcia, 2018, p.68].

Lefèvre a soutenu une thèse en 2011 pour l'obtention du MBA Manager d'entreprise d'assurances dont le thème était « Fusions, regroupements et partenariats : les mutuelles françaises et l'intégration européenne ». Le document, très complet, revient sur le mouvement de concentration et tente de déterminer les formes de regroupement les plus efficaces permettant le maintien des valeurs d'origine. La thèse examine les motivations de la concentration et identifie [Lefèvre, 2011] :

- les contraintes d'origine européennes :
 - les évolutions de la législation européenne et nationale (touchant notamment l'assurance et les assureurs) ;
 - la pression fiscale et la réduction des déficits publics (mutuelles et IP rejoignent le droit commun, « exit tax »⁵³) ;
 - les référencements ;
 - Solvabilité II (exigences quantitatives et qualitatives) ;
- la concurrence et les contraintes internes :
 - la taille critique⁵⁴ (économies d'échelle, notoriété) ;
 - le conventionnement et les réseaux ;
 - les efforts de diversification ;
 - Solvabilité II (exigences quantitatives et qualitatives).

L'auteure indique notamment qu' « *Avec le droit européen de la concurrence, Solvabilité II apparaît donc comme le principal facteur direct de concentration des mutuelles.* » et ajoute plus loin que « *les rapprochements apparaissent comme le moyen de bénéficier d'effets de taille et d'assurer une meilleure diversification des risques, deux atouts essentiels pour continuer d'être compétitifs face à des compagnies d'assurance de dimension européenne.* ».

⁵³ Taxe forfaitaire de 10% sur la réserve de capitalisation (loi de finances pour 2011).

⁵⁴ Nous tirerons de cette même référence [Lefèvre, 2011] quelques éléments pour notre réflexion dans la partie suivante.

Enfin la récente matinée organisée par l'ADOM le 11 juillet 2019 sur le thème « Quelles sont les raisons objectives des rapprochements entre acteurs ? » a été l'occasion de présenter certains résultats de l'étude du cabinet Stanwell [ADOM, 2019b]. Cette étude qui a sollicité 17 mutuelles, 4 groupes ou sociétés d'assurance mutuelles et 3 groupes de protection sociale a notamment cherché à hiérarchiser le « Top 3 » des causes des rapprochements passés. L'étude les classe dans l'ordre suivant [Stanwell, 2019] :

- 1. les changements de l'environnement concurrentiel (standardisation des offres, baisse des marges, réduction des coûts, ...) ;
- 2. les réformes réglementaires/prudentielles (Solvabilité II) ;
- 3. la stratégie des acteurs (nouveaux produits et services, complémentarité géographique, diversification, ...).

Cette rapide revue de littérature est largement convergente bien qu'elle ne focalise pas toujours sur les mêmes facteurs. La thèse de Lefèvre [2011] est l'une des plus complète et construite.

On note que revient très fréquemment, pour réduire les frais de gestion, la question de la recherche des économies d'échelle et donc le besoin de croître en taille pour les obtenir.

Pourtant, premier paradoxe, les rapports successifs de la DREES indiquent que les frais de gestion des mutuelles et des IP sont les plus faibles. Pourquoi chercher à améliorer un indicateur plutôt meilleur que les concurrents par des fusions complexes et coûteuses ? Deuxième paradoxe, la DREES estime que si certains des éléments des frais de gestion des mutuelles sont plus élevés cela serait justement dû aux coûts engendrés par les fusions et absorptions donc au mouvement de concentration lui-même⁵⁵. Troisième paradoxe, la DREES observe une tendance à l'élévation moyenne des frais de gestion. Pourtant, le fort mouvement de concentration est à l'œuvre depuis très longtemps. Les frais de gestion augmentent globalement alors qu'il serait plutôt attendu que la concentration produise des économies d'échelle diminuant les frais de gestion.

On échoue donc, *a priori*, à mettre macroscopiquement et rationnellement en avant de quelconques effets positifs des économies d'échelle après plus de 25 ans de rapprochements massifs.

On peut objecter qu'ils augmenteraient plus vite encore si les regroupements ne se faisaient pas. Si tel est le cas les pouvoirs publics devraient agir en premier lieu pour « débrancher » d'urgence les facteurs d'augmentation des frais de gestion.

Enfin, on peut imaginer que des facteurs comme l'érosion des contrats individuels [Montaut, 2018], la mise en place des conventions de participation et labellisations, référencements et multi-référencements de la fonction publique remettent fortement en cause les « modèles d'affaire » ou stratégies [ADICEO, 2018]. Une concurrence exacerbée et multiforme finit donc par éroder les flux d'entrée d'adhérents, voire, dans certains cas, par les tarir purement et simplement. Plus qu'un besoin de grossir, certaines mutuelles ont surtout besoin de ne pas décroître. Elles peuvent donc tout à la fois

⁵⁵ Plus précisément la DREES indique : « La plus forte restructuration du secteur mutualiste au cours des dernières années (fusions, absorptions, qui engendrent des coûts sur les systèmes d'informations) contribue à expliquer cet écart. » [DREES, 2019].

voir les coûts d'acquisition s'envoler mais aussi l'assiette d'amortissement des frais de gestion s'amenuiser.

Finalement, au regard des considérations qui précèdent, on peut identifier deux facteurs majeurs d'inflation des coûts :

- **les « modèles d'affaires » sont déstabilisés**, pour ne pas dire bouleversés (ANI, référencements, disparition des niches) ; la concurrence, initiée dans le dernier quart du XX^{ème} siècle, se généralise et s'intensifie, d'abord sur le collectif puis sur l'ensemble du marché, y compris, de plus en plus, entre mutuelles ; cela augmente les coûts, notamment de « commercialisation », de développement de l'innovation et de la différenciation ; ces bouleversements du marché produisent inévitablement chez certains acteurs, notamment « de niche », une contraction du nombre d'adhérents et/ou de personnes protégées, qui peuvent conduire à des « effets d'échelle à l'envers » (la réduction de l'assiette de cotisations augmente le ratio de frais de gestion) ;
- **l'inflation des exigences qualitatives, la complexité et l'instabilité réglementaire et fiscale** augmentent les coûts.

Dans certains cas le passage de Solvabilité I à Solvabilité II a pu entraîner une difficulté à disposer des fonds propres réglementairement nécessaires (exigences quantitatives), avec des augmentations des frais de gestion, pour les raisons qui viennent d'être évoquées, conduisant de surcroît à une perspective négative.

Dans ce contexte peu favorable, voire anxiogène, les mutuelles se regroupent finalement parce que :

- l'environnement fait croître inexorablement les coûts, ce qui les amène à considérer la recherche d'effets d'échelles pour inverser tenter d'inverser la tendance ;
- la viabilité de leur modèle d'affaire est profondément remise en cause et il faut réinventer des projets plus pérennes, le cas échéant en s'associant ou en fusionnant ;
- la complexité de l'environnement et de la gestion amène le modèle d'organisation des petites voire moyennes structures aux limites (compétence des ressources, recours coûteux à des ressources externes, surcharge de travail impossible à absorber, limites du bénévolat et de la gouvernance, etc...).

En définitive au vu de l'examen des raisons les plus souvent mises en avant et des considérations qui précèdent, nous proposons de les synthétiser et de les regrouper comme suit :

- **facteurs externes (causes) poussant à agir :**
 - ***contraintes liées à la réglementation européenne relative à la solvabilité*** et au contrôle du secteur des assurances (qualitatives et quantitatives) ;
 - ***la pression concurrentielle*** et la remise en cause des modèles d'affaire ;

-
- *les autres évolutions réglementaires* touchant au contexte de l'activité de complémentaire santé ;
 - **solutions recherchées (conséquences) orientant l'action vers la mise en œuvre de rapprochements :**
 - *la recherche d'économies d'échelle* (proactive ou en réaction à l'environnement qui fait augmenter les coûts) ;
 - *rapprochements prudents ou fusions* visant à résoudre des problèmes d'exigences quantitatives ;
 - *la redéfinition des stratégies, projets, modèles d'affaires et leviers associés.*

Les solutions ont souvent comme ressort sous-jacent la recherche d'une taille plus importante comme solution potentielle aux problèmes posés, voire celle d'une « taille critique ». D'autres touchent au « modèle d'affaire » même, à l'activité et à la stratégie de la mutuelle.

DEUXIEME PARTIE

Y A-T-IL UNE TAILLE CRITIQUE EN ASSURANCE SANTE ?

*« Il n'y a de bonne politique que celle du juste milieu.
Le difficile n'est que de savoir où il est. »*

Auguste Detœuf

II.1. Quelques repères théoriques et empiriques

II.1.a) Qu'est-ce que la taille critique ?

« Personne ne croit aux experts, mais tout le monde les croit. »

Auguste Detœuf

Observons tout d'abord que l'expression « taille critique » est très fréquemment utilisée, ce qui laisse penser qu'il existe une définition couramment admise et une documentation solide de phénomènes connus. Elle est fréquemment reprise par la presse économique, comme en témoignent par exemple les commentaires relatifs au rapprochement récent entre le groupe PSA et la société Fiat Chrysler⁵⁶. Elle est aussi souvent présente dans le vocabulaire des dirigeants et managers quand bien même il ne serait pas établi que la notion s'applique rationnellement à leur secteur [Filsler, 1998].

Dans le domaine de l'assurance, *a contrario*, elle est évoquée dans la plupart des références examinées au 1.3. L'ACPR [2011] y fait référence explicitement (voir citation § I.1.b)) ce qui semble entériner *a priori* le fait que la notion s'applique bien dans ce domaine et que l'ACPR peut s'en convaincre au travers de l'analyse des données qu'elle collecte.

Pourtant, pour certains, elle n'est ni réellement définie, ni vraiment étudiée par les économistes et autres spécialistes : *« D'ailleurs, on constatera que le concept de taille critique n'a pas fait l'objet d'un traitement académique formel. On notera par ailleurs qu'aucune étude sérieuse d'un cabinet de conseil ni aucun livre d'un gourou du management n'a été dédié à ce sujet. »* [WEB, 5].

La notion de taille critique fait parfois l'objet de définitions plus ou moins concordantes :

- *« La recherche de la taille critique consiste pour l'entreprise à atteindre un seuil, en termes d'expérience et de pouvoir de marché, pour être compétitive dans son industrie. »*⁵⁷ ;
- *« Taille que cherche à atteindre une entreprise et qui constitue un palier au-delà duquel elle pense pouvoir améliorer sa compétitivité. » « On parle de taille « critique » car sur certains marchés très compétitifs, cette stratégie de croissance visant à atteindre cette taille n'est pas seulement un objectif de compétitivité, mais une question de survie de l'entreprise. »*⁵⁸ ;
- *« La taille critique consiste en un seuil ou une dimension suffisante que devrait atteindre une organisation ou une entreprise pour devenir rentable ou valider des objectifs. »* [WEB, 6] ;

⁵⁶ Voir par exemple : <https://www.lesechos.fr/industrie-services/automobile/psa-fiat-chrysler-atteindre-une-taille-critique-est-beaucoup-plus-important-qu'avant-1144672> - consulté le 10/11/2019.

⁵⁷ <https://www.e-marketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/taille-entreprise-307693.htm#fGcWMjuRxm1Y1BEL.97>

⁵⁸ <https://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Taille-critique-243295.htm#SrhFyVm09cMTdw2S.97>

-
- « *Critical mass refers to the size a company needs to reach in order to efficiently and competitively participate in the market. This is also the size a company must attain in order to sustain growth and efficiency* »⁵⁹.

En principe, il ne faut pas confondre le concept avec la notion de « taille optimale » souvent évoquée en théorie économique et dont les principes découlent d'éléments évoqués plus loin : voir par exemple [Kaen, Baumann, 2003, p.29] et notamment le graphique reproduit plus loin en figure 19. Même si un lien existe implicitement entre les deux, la notion de « criticité » sous-entend, comme le suggèrent certaines des définitions ci-dessus, la nécessité absolue de moyens ou de leviers essentiels à la mise en œuvre d'une stratégie (notamment de coût ou de « pouvoir de marché »⁶⁰), quand ce n'est pas tout simplement à la survie, dans un contexte donné. Ces moyens ou leviers ne sont pas toujours une simple question de prix réduits grâce aux économies d'échelle. D'ailleurs, les seuils susceptibles de définir une taille critique peuvent se définir par rapport à des indicateurs de performance variés : chiffre d'affaires, marge opérationnelle, dividende, capital humain, productivité ou encore qualité des produits/services [WEB, 6].

Pour autant, le concept est aussi souvent contesté et même raillé⁶¹ :

- « *La taille critique n'est donc que l'excuse facile, et somme toute pernicieuse, à des difficultés économiques environnementales passagères ou durables. Elle est censée exonérer ses laudateurs d'une anticipation obligatoire de la gestion et d'une analyse plus subtile de la situation.* » [WEB, 7] ;
- « *En toute probabilité, si ce paramètre ressort comme seul recours de la part du management, c'est mauvais signe pour le développement ou la survie de l'entité.* » [WEB, 6] ;
- « *Paradoxalement, c'est peut-être parce qu'elle est floue que la notion de taille critique est populaire : elle permet de justifier, sans plus d'arguments, toutes les opérations de cessions, fusions et acquisitions et d'esquiver tout autre débat stratégique, comme la capacité de l'entreprise à innover, à se différencier, à trouver un positionnement original, à mobiliser ses forces internes, à s'adapter aux mutations du marché. Une conclusion s'impose : quand vous entendez parler de taille critique, méfiez-vous !* » [WEB, 5] ;
- « *Finalemment, il en va dans les entreprises comme dans la vie. Il est dangereux de faire du yo-yo avec son poids selon les régimes, les modes et les envies. L'essentiel étant avant tout d'avoir un projet de vie et donc, pour les entreprises, une stratégie claire, même si elle est évolutive. Que la marque ou l'enseigne soit petite ou grande, régionale ou mondiale, la question de la taille ou de la masse critique est surtout qualifiée de problème prioritaire pour les entreprises affaiblies.* »⁶².

Filser [1998] s'intéresse aux stratégies de taille et aux arguments associés dans le domaine particulier du secteur de la distribution. Pour lui la notion de taille critique est essentiellement

⁵⁹ <https://investinganswers.com/dictionary/c/critical-mass> ; notons que la littérature anglo-saxonne emploie le terme de « masse critique » parfois dans un sens concordant avec la notion de « taille critique » parfois dans un sens complémentaire, la firme devant atteindre d'abord une « masse critique » avant de pouvoir changer de palier de taille.

⁶⁰ Nous retiendrons la définition de la notion de « pouvoir de marché » donnée dans [UE, 2012], reproduite plus loin au II.2.b).

⁶¹ On pourra lire par exemple le truculent article en ligne du journal « Les Échos » [WEB, 7].

⁶² <https://www.lsa-conso.fr/edito-taille-critique,312981>

familière dans le domaine de la stratégie industrielle et plus particulièrement pour les activités d'unités de production. Il estime en conséquence que la transposition de la notion dans le domaine de la distribution ne va pas de soi, en dépit de son usage fréquent dans le vocabulaire des dirigeants du secteur. Il rappelle ensuite que « *L'existence d'une taille critique exige en effet l'existence d'effets d'échelle qui ne peuvent être atteints en deçà d'un volume d'activité minimum [...]* » et en tire en conséquence l'idée qu'« *Il faut donc se demander si la structure des coûts de l'entreprise de distribution est compatible avec ce principe* ». Logiquement, la transposition de la notion au secteur de l'assurance santé doit respecter le même questionnement.

Il indique enfin que « *La taille critique est par ailleurs étroitement liée à une stratégie de domination par les coûts au sens de Porter (1982)* ».

En définitive cette notion de taille « critique » pourrait bien être **essentiellement relative** : elle dépend forcément de l'environnement, de la concurrence et du type de stratégie que l'on retient pour les affronter [WEB, 3].

Nous retiendrons principalement sur la notion de « taille critique » :

- qu'elle est faiblement voire pas étudiée par les économistes et fait plutôt partie du vocabulaire du management et des analystes ;
- qu'elle est relative à une stratégie et un contexte ; une taille critique pourrait même finalement s'évaluer parfois entreprise par entreprise, en fonction de la stratégie propre à chacune, plutôt que globalement pour l'ensemble d'un secteur donné ; enfin, elle n'est sans doute pas fixe, mais évolue nécessairement dans le temps, comme l'environnement de l'entreprise⁶³ ;
- qu'elle est assez significativement liée à la notion économique de « taille optimale » et à la recherche « d'économies d'échelle », mais ne s'y réduit pas ;
- que son applicabilité à un domaine donné ne coule pas de source ;
- qu'elle ne saurait raisonnablement constituer le seul guide de la stratégie.

II.1.b) Économies d'échelle et évolution des coûts moyens à long terme

La théorie économique, dont les travaux de Ronald Coase, repris et approfondis par Oliver Williamson (voir par exemple les explications sur les sites et articles en ligne [WEB,1], [WEB,2] ou encore [WEB,3]), définit les coûts moyens à long terme comme ceux observés sur une période où tous les coûts deviennent variables. Cela correspond à l'horizon auquel l'entreprise planifie son activité future et peut donc choisir différentes combinaisons de capital et de travail qui conduiront à différents niveaux de production. A cet horizon temporel de décision et de planification, tout peut donc être considéré comme variable. A l'inverse la notion de coûts moyens à court terme d'une entreprise donnée fait intervenir la notion de « coûts fixes » et de « coûts variables » correspondant à des

⁶³ « *Le calcul paraît simple sauf si l'on tient compte de l'évolution de l'environnement concurrentiel en temps réel – cette masse critique est alors en mouvement dynamique* » [WEB, 6].

décisions déjà prises en ce qui concerne l'allocation de capital. La décision intervient donc, à court terme, sur le volume de production à coûts fixes donnés.

L'existence d'économies d'échelles sur les coûts s'explique par le fait qu'une échelle plus large de production permet de réduire les coûts moyens avec entre autres un effet de « *spécialisation des travailleurs dans leurs tâches* » [WEB 1]. La figure 17 en illustre le principe.

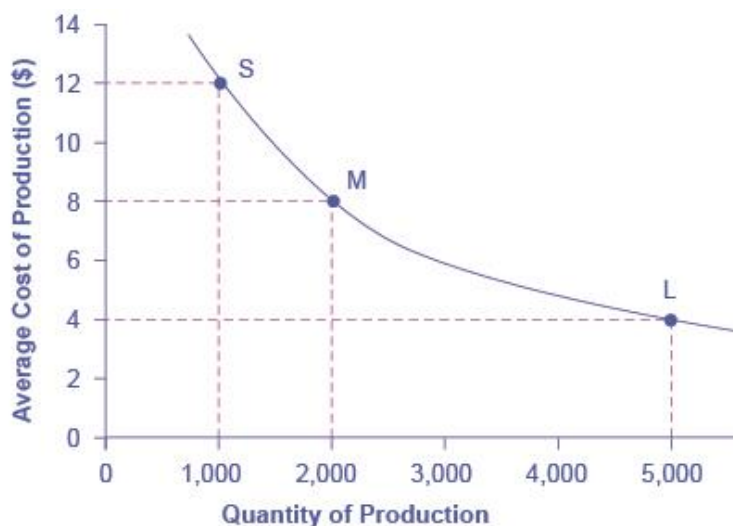


Figure 17 : Illustration du principe des économies d'échelle (source du graphique : [WEB, 1])

Toutefois il est observé que l'évolution des coûts moyens se poursuit en réalité sous forme d'une « courbe en U » (voir courbes CM_i du graphique de la figure 18), généralement expliquée par la théorie de l'agence et la loi des rendements marginaux décroissants, comme rappelé notamment par Ertan *et al.* [2018], Mlouka et Sahut [2008] ou encore sur le site internet [WEB, 3]. Les coûts croissants « d'agence » (que l'on peut voir comme des équivalents internes à l'entreprise des coûts de « transaction ») avec la taille de l'organisation finissent par inverser les gains. Notamment, « *les facteurs fixes doivent être partagés par un nombre croissant de travailleurs* » [WEB 2]. Le point bas d'une courbe CM_i (appelée en général courbe des « coûts moyens à court terme », c'est-à-dire celle d'une entreprise donnée, à allocation de capital donnée) correspond ainsi à un « volume de production optimal » pour une entreprise donnée.

La théorie économique établit finalement une allure typique de la courbe des « coûts moyens à long terme » qui constitue une forme de « courbe enveloppe » des courbes de coûts moyens de toutes les tailles d'entreprise possibles. On retrouve cette courbe typique et les explications associées dans les sites et articles en ligne [WEB,1], [WEB,2] et [WEB,3] déjà cités. La figure 18 reprend les éléments d'un graphique tiré d'un site internet [WEB, 3].

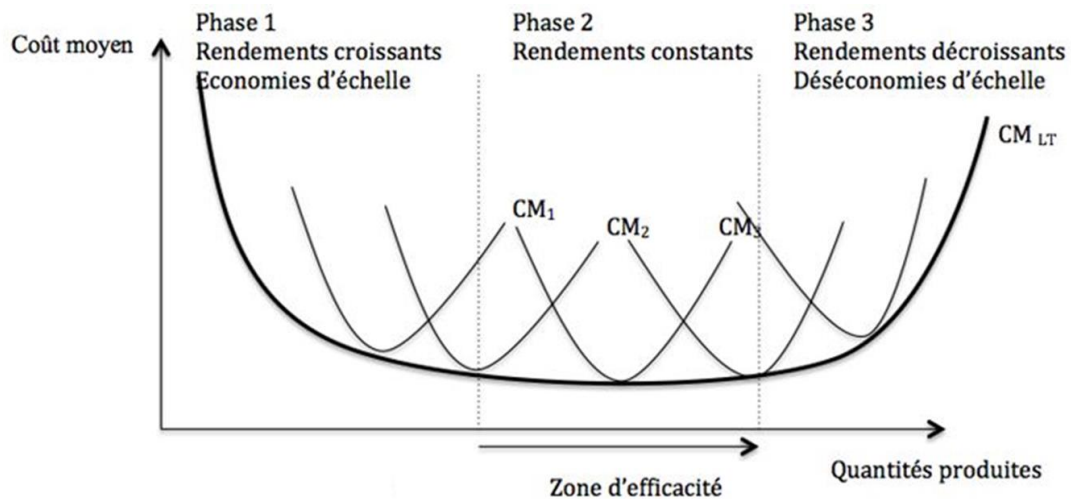


Figure 18 : Illustration de l'allure typique de l'évolution des coûts moyens à long terme (graphique dérivé de [WEB, 3])

L'allure de la courbe fait apparaître trois intervalles de taille (au sens ici de quantité de production) :

- la zone des « rendements croissants », celle où s'expriment pleinement les économies d'échelle ;
- la zone des « rendements constants », où l'efficacité maximale des économies d'échelle est atteinte et où elle ne progresse donc plus ; elle est aussi appelée « zone d'efficacité » : les entreprises qui se trouveraient en dehors sont censées être moins efficaces ;
- la zone de « rendements décroissants », celle où l'on voit apparaître le phénomène des « déséconomies d'échelle », soit un phénomène inverse de celui de la première zone.

Il s'en suivrait une notion de « taille optimale », évoquée notamment par Kaen et Baumann [2003, p.29], qu'ils illustrent dans le graphique repris ci-dessous. Notons que les auteurs restent prudents sur les différents phénomènes sous-jacents à la vision présentée dans ce graphique [p.9 et 10]. Dans une certaine zone, les économies d'échelle ne distingueraient plus les entreprises de taille moyenne de celles de grande taille : la courbe en bleu plafonne. Le principe de plafonnement de la courbe en bleu ne serait toutefois pas établi de façon très claire [p. 5]. Les coûts d'agence et de transaction, ou « organisationnels », finiraient par inverser la croissance de la profitabilité : la courbe en noir résulte des deux effets cumulés. La taille optimale est alors celle correspondant au maximum de la courbe noire.

PREDICTED RELATION BETWEEN PROFITABILITY AND SIZE
Trade-off Between Economies of Scale and Organizational Costs

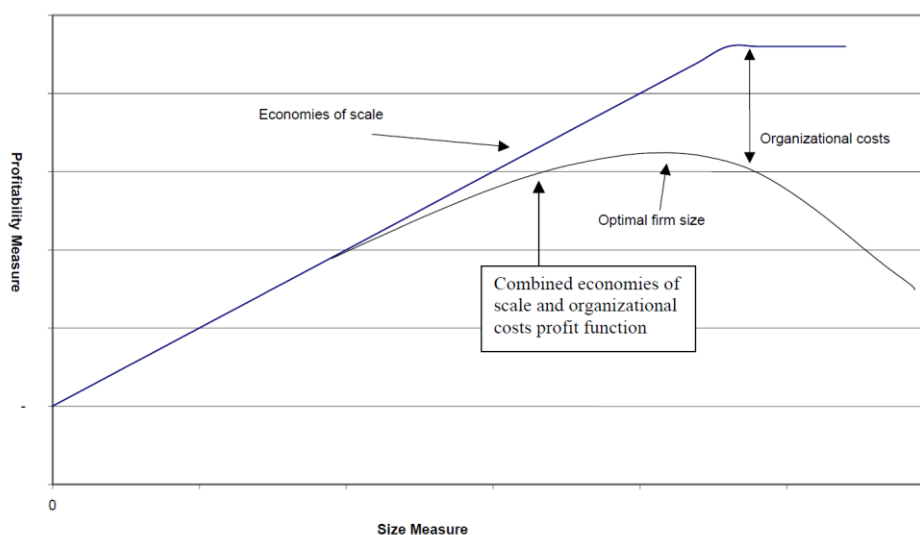


Figure 19 : Principe de la taille optimale comme un compromis entre l'effet des économies d'échelle et celui de l'augmentation des coûts organisationnels [Kaen, Baumann, 2003, p.29]

II.1.c) Economies d'échelle vs économies d'envergure

Camille Chaserant [2019] rappelle et illustre dans son cours, avec l'exemple de l'industrie du pneu, la différence entre :

- les « économies d'échelle », dont on vient de parler (le coût unitaire de production d'un bien diminue quand l'échelle de production augmente) ;
- les « économies d'envergure », c'est-à-dire les économies qui reposent sur les synergies qui peuvent se développer avec une diversité de la gamme des produits ; le coût unitaire de production de deux biens est plus faible lorsque les deux biens sont produits par une même entreprise plutôt que par deux entreprises différentes en raison notamment de la mutualisation de certains services (R&D, marketing) ou de certaines étapes du processus de production.

Un exemple d'économie d'envergure dans le domaine de l'assurance est donné par Didier Bazzocchi [entretien de mai 2019] à propos des « bancassureurs ». Il indique notamment qu'un tel organisme « distribue à un coût marginal très faible parce que son réseau est déjà payé par l'activité bancaire ». Nous avons évoqué plus haut les biais que ce type de synergies réelles est susceptible de provoquer dans la comparaison des taux de frais de gestion, plus particulièrement entre opérateurs mono activité et opérateurs multi activités.

II.1.d) Taille et compétitivité : un exemple d'étude empirique en secteur manufacturier

Mlouka et Sahut [2008] présentent une étude statistique sur la base d'un échantillon de 96 « entreprises tunisiennes partiellement et non totalement exportatrices appartenant à différentes tailles et différentes activités manufacturières ». Cette étude vise à déterminer « si la taille détermine

la compétitivité des entreprises et s'il existe une différenciation dans le processus de création de l'avantage compétitif ».

Après avoir cherché à identifier les sources et facteurs de compétitivité les auteurs rappellent que « *Le concept de la taille de l'entreprise est un thème central en management stratégique.* » et que « *la taille des entreprises a été souvent assimilée comme une condition nécessaire de la compétitivité par les coûts* ». En conséquence « *les firmes s'efforcent d'accroître le volume de leur activité afin d'améliorer leur position concurrentielle sur le plan des coûts.* ». Toutefois ils observent les limites de ce résultat général attribué à Josef Schumpeter en constatant que « *l'observation courante des économies permet de constater la coexistence d'organisations de taille différentes qui se battent pour être compétitives avec des caractéristiques différentes dans l'obtention, la création ou la valorisation de l'avantage concurrentiel* » estimant au passage que « *la taille n'est plus une condition suffisante ni même une condition nécessaire de la compétitivité.* ».

Estimant que la revue de littérature qu'ils ont effectuée montre qu'il n'y a pas de consensus quant à la relation entre la compétitivité et la taille, ils regroupent les courants de pensée, de façon sans doute volontairement extrême, en deux camps antagonistes : les partisans du « *big is better* » et ceux du « *small is beautiful* ».

En ce qui concerne l'approche « *big is better* », la revue de littérature comprend notamment des théoriciens néo-institutionnalistes et chercheurs en sociologie et conduit Mlouka et Sahut [2008] à affirmer que, si les considérations et théories diffèrent, elles se rejoignent pour estimer unanimement que « *les grandes entreprises sont des concurrentes redoutables* ».

A l'inverse, l'approche « *small is beautiful* » invaliderait cette appréciation en considérant qu'il n'y aurait aucune corrélation positive entre la taille des entreprises et leur compétitivité. Les raisons invoquées relèvent à la fois de la problématique de l'augmentation des coûts d'agence avec la taille (cf. plus haut) et de la meilleure flexibilité des petites structures. Certains, au sein de ce courant, considéreraient finalement la taille comme une question contingente.

Les conclusions de l'étude sur l'échantillon d'entreprises tunisiennes (40.4 % de petites, 25.5 % de moyennes et 34 % de grandes) tendraient à montrer que la vérité serait, d'une certaine façon, entre ces deux extrêmes : « *nos résultats attestent que c'est la moyenne entreprise qui est dans l'ensemble la plus compétitive* ». Un autre résultat intéressant concerne la relation entre complexité du processus de compétitivité et taille : « *plus la taille de l'entreprise croît, plus le processus de compétitivité se complexifie* ». Bien sûr, l'étude est limitée à son champ : elle concerne le tissu industriel tunisien et l'échantillon se concentre sur l'industrie de différents secteurs de production qui ne semble pas ou très peu concerner les services, a fortiori financiers ou d'assurance. Les auteurs ne manquent pas de le rappeler avec prudence. Quant à l'explication potentielle du résultat, ils avancent dans les conclusions « *nous pouvons affirmer, dans le contexte industriel tunisien, que la moyenne entreprise présente les avantages humains de la petite taille et ceux d'efficacité et de puissance de la grande taille.* ». Finalement, dans ce contexte, pour être compétitif, il conviendrait de n'être ni trop petit (finalement « *small is not that beautiful* ») ni trop grand (car « *big is not always better* »), pour bénéficier du meilleur des deux mondes (en définitive « *medium is the right answer* »).

II.1.e) Déterminants de la taille des entreprises et relation entre taille et performance : un champ d'étude vaste et controversé

Les déterminants de la taille d'une entreprise sont étudiés sous différents angles, sortant très souvent de l'approche micro-économique. Kumar *et al.* [2001] indiquent qu'il existe une immense littérature théorique et empirique traitant de l'étude des déterminants de la taille des entreprises. Ils proposent de classer les théories et études suivant trois angles d'approche des déterminants :

- les « technologiques », qui s'intéressent principalement aux fonctions de production ; dans ce cadre on tend à estimer que :
 - il y a un lien entre taille du marché et taille des entreprises (Smith 1776)⁶⁴, lien toutefois possiblement contrarié par les coûts de coordination (Becker et Murphy 1992) ;
 - les entreprises tendent à être plus grandes dans les pays riches où les capitaux sont disponibles et les investissements dans les travailleurs et la R&D sont élevés (Lucas 1978) ;
 - le capital humain et le niveau des salaires se corréleront positivement avec la taille des firmes (Rosen 1982 et Kremer 1993) ;
- les « organisationnelles », qui s'intéressent aux processus de contrôle, et englobent celles qui mettent en œuvre les « coûts de contractualisation » (Alchian et Demsetz 1972, Jensen et Meckling 1976), les « coûts de transaction » (Williamson 1975 et 1985, Klein *et al.* 1978) ou encore les « ressources critiques » (nombreuses références données dans l'article) ; elles déterminent que :
 - une disponibilité élevée du capital conduit à des entreprises plus grandes ;
 - un meilleur environnement juridique est favorable à la protection des ressources critiques et donc à une taille importante ;
 - plus l'environnement juridique est favorable plus les entreprises reposant sur des ressources critiques immatérielles (marques, droit de propriété, etc...) seront disproportionnellement de grande taille ;
- les « institutionnelles », qui s'intéressent à l'influence de l'environnement économique et en particulier au poids des institutions en matière de lois et réglementations et en matière de possibilités de financement externe ; elles tendent à établir que :
 - les pays où la responsabilité civile est strictement encadrée et où les lois anti-trust sont présentes conduisent à des entreprises plus petites ;
 - l'effet de l'environnement financier sur la taille des entreprises reste ambigu ;
 - un environnement juridique de meilleure qualité (lois et fonctionnement de la justice) devrait conduire à des entreprises plus grandes.

Kaen et Baumann [2003] donnent une synthèse remarquablement pédagogique des apports de littérature théorique et empirique sur les questions de taille des entreprises. Leurs propres travaux

⁶⁴ Les références évoquées dans ce paragraphe sont celles de l'article cité plus haut. Elles ne sont pas reprises dans ce mémoire.

empiriques concluent à l'absence de relation évidente entre taille et profitabilité et mettent en avant d'autres déterminants de la taille enrichissant la littérature précitée.

Koralun-Bereźnicka [2016] résume quant à elle à propos de la relation entre taille et performance des entreprises que finalement « *The review of the theories of firm as well as previous empirical evidence does not provide clear expectations concerning the significance or direction of the relationship* »⁶⁵.

Notons aussi que l'examen de ces divers éléments de littérature fait apparaître des débats ou au moins de nombreuses nuances dans l'approche de la bonne définition de la « performance », au-delà de la seule « rentabilité ».

Une étude récente pose un coup de projecteur intéressant sur la question de la relation entre performance et taille [Ertan *et al.*, 2018]. Le site « Harvard Business Review », titre à propos de cet article « *Les économies d'échelle seraient un mythe* »⁶⁶. Toutefois, ce titre, sans doute volontairement provocateur, apparaît réducteur et ne reflète que de façon caricaturale⁶⁷ ce que les chercheurs mettent en évidence. En étudiant de très nombreuses données concernant des entreprises américaines, européenne et mondiales, privées ou publiques, les auteurs se sont intéressés à l'évolution des rapports coût/volume de vente. L'idée étant que les « économies d'échelle », qui ne sont qu'un moyen, sont recherchées pour *in fine* améliorer la performance. Ils qualifient ce principe d'amélioration de la performance par la recherche des économies d'échelle de « *scale efficiencies* »⁶⁸. La théorie communément admise aurait dû selon eux conduire à observer les avantages habituellement reconnus à un accroissement de taille et, en particulier, les effets d'échelle et le pouvoir de marché. Le résultat les surprend eux-mêmes. Ils n'arrivent pas à mettre en avant un quelconque signe d'évolution positive du type de ratio choisi, à aucun moment de l'histoire de la croissance des entreprises de l'échantillon : « *To our surprise, we find that costs/sales remains relatively unchanged, even during the early years when growth is high* »⁶⁹. Notons que, au-delà des déjà prévus effets des « déséconomies d'échelle », parmi les diverses pistes d'explication avancées, ils insistent pour dire que, finalement, ce n'est pas qu'il n'existerait pas d'économies d'échelle mais que, dans un contexte concurrentiel où tout le monde cherche à croître, celles-ci sont finalement compensées par la pression sur les prix (« *even if scale economies exist they may not generate scale efficiencies because of competition: declining unit costs are offset by declining output prices if*

⁶⁵ Traduction proposée : « La revue des théories de la firme tout autant que les preuves empiriques précédemment établies ne fournissent aucune prédiction claire ni en ce qui concerne l'existence d'une relation ni en ce qui concerne le sens dans lequel elle irait. »

⁶⁶ Voir : <https://www.hbrfrance.fr/magazine/2019/07/26661-les-economies-dechelle-seraient-un-mythe/> - consulté le 16/10/2019

⁶⁷ L'article lui-même, en revanche, ne déforme pas [Ertan *et al.*, 2018]

⁶⁸ Que l'on peut tenter de traduire par « efficiences d'échelle ». Par cette expression, nous comprenons qu'ils cherchent à contracter en un « mot valise » le moyen traditionnellement mis en avant (les « économies d'échelle ») et son but, qui est l'amélioration de la performance.

⁶⁹ Traduction proposée : « A notre surprise, nous établissons que le rapport coûts/ventes reste relativement inchangé, même pendant les premières années lorsque la croissance est élevée ».

competitors also grow »)⁷⁰. Notons que ce phénomène est aussi déjà décrit par Kaen et Baumann [2003, p.9] et décrit également dans l'intéressante et décalée vidéo de Frédéric Fréry, professeur à ESCP Europe, « Réduire les coûts c'est inutile et même nuisible » dans laquelle il indique dans sa conclusion : « *La stratégie, ça ne consiste pas à baisser les coûts, mais à créer de la valeur. Par conséquent, la prochaine fois que vous entendrez un dirigeant vanter la baisse des coûts, dites-vous qu'il n'est qu'un médiocre stratège.* ». [WEB, 8].

Parmi les conclusions d'Ertan *et al.* [2018] nous noterons en particulier la première : « *First, projections that routinely anticipate declining average costs are likely optimistic.* »⁷¹.

II.2. Quels sont les avantages de la taille pour un assureur santé ?

Il serait hasardeux de transposer sans autre forme de procès tous ces éléments théoriques et ces résultats, au demeurant pas tous convergents, au secteur et au contexte qui nous intéresse. D'ailleurs Mlouka et Sahut [2008] paraissent plutôt avoir centré leurs travaux sur le secteur industriel bien qu'il y ait une catégorie « industries diverses » au contour non précisé. Ertan *et al.* [2018, p.16] de leur côté ont retiré à dessein de l'échantillon étudié les entreprises de « services financiers » dont font partie *a priori* les assurances : « *We remove from this sample firms in industries that relate to financial services and utilities* » justifiant ce choix par une trop forte différence de structure de capital avec les autres firmes « *We delete financial firms because their cost structure differs substantially from that of nonfinancial firms* ».

Il est difficile de trouver des références spécifiquement applicables à l'assurance, bien qu'un certain nombre des références précitées soient multisectorielles.

Nous pouvons estimer cependant en première approche qu'un certain nombre de phénomène sont communs aux entreprises de tous secteurs en ce qui concerne les coûts de transaction, les coûts d'agence et l'amortissement de certains coûts fixes (locaux, système d'information services, etc...). En conservant également en tête que le secteur se caractérise par une structure de capital particulière, qu'il est extrêmement réglementé et que la concurrence y est sans cesse plus intense, nous tenterons néanmoins de voir plus loin si quelques données macroscopiques ou plus spécifiques aux mutuelles ou encore quelques références nous permettraient d'imaginer quelques conclusions ou intuitions allant dans le même sens que certains des constats empiriques ci-dessus rappelés.

Auparavant, dans cette section, intéressons-nous à la définition de la taille et résumons les avantages susceptibles d'être *a priori* attendus de la taille en assurance. Nous examinerons ensuite l'analyse plus précise que l'on peut en faire dans le cas particulier de la complémentaire santé. Nous appuierons notre analyse sur quelques éléments tirées de références, mais aussi de la consultation de managers expérimentés du domaine. Nous avons déjà évoqué l'interview de Didier Bazzocchi réalisée en mai 2019 dans le cadre de ce mémoire. Par ailleurs, un questionnaire a été adressé à quelques

⁷⁰ Cette citation invalide clairement le titre choisi par l'article de la « Harvard business review ».

⁷¹ Traduction proposée : « En premier lieu, les prévisions qui anticipent systématiquement une diminution des coûts moyens sont probablement optimistes ».

autres cadres et dirigeants opérationnels expérimentés dans le domaine de la complémentaire santé. Le questionnaire est reproduit en annexe 2 et la synthèse des résultats en annexe 3.

II.2.a) Quelle mesure de la taille pour un organisme assureur en santé ?

Avant de parler de la taille et de ses effets en complémentaire santé, examinons ce qui peut caractériser la taille d'un organisme d'assurance intervenant en santé. En effet plusieurs indicateurs peuvent caractériser la taille d'un organisme proposant une assurance complémentaire santé. Sans être nécessairement exhaustif, nous pouvons notamment identifier parmi les mesures possibles :

- le nombre d'adhérents (ou sociétaires, ou clients), tous types d'activité confondus ;
- le nombre d'adhérents (ou sociétaires, ou clients) en complémentaire santé seulement ;
- le nombre de personnes protégées en complémentaire santé seulement ;
- le volume de cotisation ou chiffre d'affaire ;
- le volume de cotisation net de taxes ;
- le volume de cotisation net de réassurance et de taxes ;
- l'assiette de TSA ;
- le total de bilan ;
- le volume des fonds propres ;
- la part de marché (sur un marché donné) ;
- le nombre de salariés.

Certaines de ces mesures potentielles sont proches ou directement liées. Elles ne sont pas toujours toutes facilement disponibles pour analyse externe.

Notons d'autre part que, d'un point de vue règlementaire, la segmentation en taille des entreprises (microentreprises, petites et moyennes entreprises, entreprises de taille intermédiaire, grandes entreprises) à des fins d'analyse statistique fait appel à une combinaison de critères : le nombre de salariés, le chiffre d'affaire et la taille de bilan [Décret, 2008].

La mesure la plus souvent retenue dans les différents rapports ou études concernant les complémentaires santé semble plutôt être le volume de cotisations. Le document ACPR [2015] utilise par exemple principalement les « cotisations acquises brutes » pour définir la taille. Le rapport XERFI [2019] utilise le plus souvent le « chiffre d'affaire des organismes assujettis à la TSA » aussi appelé « cotisations », en distinguant parfois le « chiffre d'affaire santé ». Mais le « nombre de personnes protégées » ou encore les « parts de marchés » sont également parfois utilisés.

En première approche, nous pouvons considérer que, statistiquement, nombre d'adhérent et nombre de personnes protégées sont souvent liés de façon linéaire. De même dans un secteur homogène de prestations (par exemple restreint à la complémentaire santé) où les offres des organismes sont à la fois multiples et encadrées par la réglementation, un lien assez direct doit s'observer statistiquement entre nombre de personnes protégées et volume de cotisations (cf. § II.3.a) pour une vérification empirique).

Enfin on pourrait se demander s'il faut privilégier un volume brut ou net de réassurance. Comme dans la plupart des documents, nous privilégierons le volume brut. En tout état de cause, le recours à la réassurance est très souvent faible ou nul en matière de complémentaire santé.

En définitive dans ce mémoire nous considérerons principalement la taille d'une complémentaire santé sous l'angle du « volume des cotisations brut de réassurance ».

II.2.b) Avantages attendus

Dans cette section, nous tentons de résumer les avantages qui pourraient être recherchés par la taille en général et en particulier dans le secteur de l'assurance. Dans la section suivante nous tenterons de les analyser plus finement dans le cas de la complémentaire santé et de déterminer si l'on peut identifier quelques « dimensions critiques » ou « seuils de taille ».

Schumpeter (cf. [WEB, 3]) conférait aux entreprises de grande taille quelques avantages génériques :

- elles acquièrent un « pouvoir de marché » les rendant plus indépendantes de l'environnement ;
- elles peuvent mettre en place une division du travail, source de gains de productivité ;
- elles parviennent à réaliser des économies d'échelle ;
- elles disposent d'une assise financière permettant de trouver plus facilement les moyens nécessaires aux investissements en recherche et développement.

Le « pouvoir de marché » est défini dans un document de l'Union Européenne comme suit : *« Pouvoir d'une entreprise sur un marché donné. En économie, le pouvoir de marché désigne à la base la capacité des entreprises à fixer des prix supérieurs au coût marginal d'une manière que ceci soit rentable. En matière de concurrence, le pouvoir de marché est déterminé à l'aide d'une analyse structurelle du marché, notamment du calcul des (→) parts de marché, qui oblige à examiner s'il existe d'autres producteurs des mêmes produits ou des produits substituables (→ Substituabilité). L'analyse du pouvoir de marché doit également apprécier les barrières à l'entrée ou à l'expansion (→ Barrières à l'entrée) et le degré d'innovation. Elle peut par ailleurs faire intervenir des critères qualitatifs, tels que les ressources financières, l'intégration verticale ou la gamme de produits offerte par l'entreprise concernée. »* [UE, 2012]. Il s'agit donc principalement d'une position permettant de peser suffisamment sur les prix pour être (très) rentable, voire de profiter de « barrières à l'entrée » de toutes natures.

Au-delà des économies d'échelle, on peut aussi imaginer que les entreprises de plus grande taille sont aussi souvent celles qui ont la possibilité de mettre en œuvre des « économies d'envergure » et nous avons donné plus haut un exemple qui peut s'appliquer au domaine de l'assurance (synergie avec les réseaux bancaires). Notons toutefois que ces économies d'envergure ne supposent pas explicitement la taille, mais plutôt la multiplicité des produits et des activités. Par ailleurs, comme nous

avons voulu limiter notre analyse à la question de la taille en complémentaire santé, il sera difficile de retenir cet avantage ici, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il soit marginal. Nous dirons d'ailleurs plutôt que ce type d'avantage pourra conduire à une taille plus grande en santé, mais que finalement ce n'est pas un avantage tiré de la taille en santé en soi, valorisable sur ce même marché de la santé.

Bien que difficile à classer dans les avantages identifiés par Schumpeter, on peut également imaginer, dans les avantages attendus de la taille, l'optimisation des besoins en capital économique au regard de la réglementation Solvabilité II (exigences quantitatives).

A cet égard la réglementation européenne ([UE, 2009] et [UE, 2015]) favorise la pluralité des activités et des zones géographiques d'activité (diversification) en ce qu'elle réduit les exigences en capital par le jeu des matrices de corrélation en particulier [Frunza, 2013]. Il s'agit là d'un « effet d'envergure » plus que d'une « économie d'envergure ». Mais, pour les sociétés capitalistes, cela peut accroître la rentabilité en réduisant les besoins en « capital économique ».

Didier Bazzocchi [entretien de mai 2019], à propos des assureurs de très grande taille estime qu'on observe finalement peu d'avantage sur les prix, mais il identifie en revanche quelques avantages spécifiques :

- ils peuvent « attirer des équipes de premier plan » ;
- ils ont « des courbes d'expérience qui sont souvent plus importantes [...] sur certains segments d'activité » ;
- ils se « réservent certaines activités rentables parce que les marchés sont assez étroits » (par exemple : l'assurance maritime).

Si les deux derniers peuvent rentrer respectivement dans la catégorie des « économies d'échelle » et du « pouvoir de marché », le premier nous paraît devoir rentrer dans les catégories des avantages objectifs d'une certaine taille. Lefèvre [2011, p. 25] abonde dans ce sens : « *Seule une mutuelle de bonne taille peut attirer les professionnels disposant d'une vision globale de l'activité.* ».

Observons tout d'abord que des analystes ont pu parler depuis longtemps, dans le monde de l'entreprise, d'une véritable « guerre des talents » et ont même prédit qu'elle s'intensifierait [Chambers et al., 1998].

Mais la relation à la taille est somme toute complexe. Tout d'abord, les auteurs de cette analyse évoquent clairement que la compétition en matière de recrutement de talents s'effectuait aussi entre les grandes entreprises et les « start-up » qui sont les plus petites qu'on puisse imaginer [Chambers et al., 1998, p.2]. Le papier met aussi en évidence différents facteurs d'attractivité des talents [p. 3 et 4] qui paraissent pouvoir s'appliquer, au moins pour certains, dans différentes tailles d'entreprises. L'essentiel est de faire de la gestion des talents une « priorité brûlante » (« *burning priority* » [p.2]). Une étude Bpifrance sur les problématiques des PME et des ETI relève que « *La notion de talent est relative, propre à chaque entreprise. Elle concerne tous les niveaux de qualification et tous les postes en entreprise.* » [Bpifrance, 2018]. Là aussi, la relation à la taille paraît ambiguë : « *Le sentiment de manquer de talents croît progressivement avec la taille, de 53 % dans les entreprises de moins de 20*

salariés à 66 % dans les entreprises de plus de 250 salariés » tout en indiquant que le résultat est contre-intuitif [Bpifrance, 2018, p.28 et 29]. Il faut toutefois relativiser ce constat :

- le panel n'est constitué que de PME et d'ETI de tailles modestes ;
- il s'agit du « sentiment » et il concerne plutôt les entreprises en forte croissance qui ont à la fois une appétence et des difficultés de recrutement [p. 57].

La conclusion de l'étude paraît toutefois claire et l'effet de taille semble quand même avéré : « *Le manque de talents dans les PME et ETI est avéré, avec pour principales sources : les difficultés de recrutement et de fidélisation* » [Bpifrance, 2018, p. 3]. Nous le comprenons comme étant bien relatif aux plus grandes entreprises que celles du panel.

En conclusion, nous retiendrons bien la « **capacité à attirer et fidéliser des talents** » comme un avantage potentiel de la taille.

Nous retiendrons également dans les avantages potentiels la « **notoriété** » qui paraît à l'évidence plus facile à obtenir lorsqu'on est de grande taille, même si on pourrait sans doute la classer dans les avantages de type « pouvoir de marché ». Lefèvre la met clairement en avant comme intérêt des effets de taille : « *l'autre domaine dans lequel l'effet de taille joue de façon importante est la notoriété* » [Lefèvre, 2011].

Enfin, dans le domaine spécifique de l'assurance, la théorie du domaine et notamment celle de l'actuariat donne une importance au nombre d'assurés pour un risque donné, en ce qu'il permet de mettre en œuvre la loi des grands nombres et notamment de réduire la volatilité du risque. En effet, le calcul technique d'une prime comprend, outre les chargements pour frais de gestion et taxes, une partie dite « prime pure » égale à l'espérance des pertes et un « chargement de sécurité » qui permet de faire face à la volatilité naturelle des sinistres [Gemelgo, 2019].

Quand le nombre de sinistres est suffisamment grand, le chargement de sécurité peut être réduit. A l'inverse, s'il n'y a pas assez de sinistres, du fait d'un nombre trop faible de personnes assurées, plusieurs problèmes peuvent être rencontrés (avec des seuils différents en fonction du nombre d'assurés) [Gemelgo, 2019] :

- un risque dû à la volatilité des sinistres met en danger l'assureur ou conduit à des tarifs trop élevés ;
- la modélisation par des lois normales peut se révéler inadaptée et il y a donc un risque dans le modèle même de calcul de la prime ;
- les sinistres peuvent ne pas être identiquement distribués ou indépendants.

Un grand nombre d'assurés, c'est à dire une grande mutualisation, permet donc en principe d'améliorer les tarifs et/ou les profits tout en maîtrisant les risques pour l'assureur. Cet avantage ne prend pas la même importance en fonction des branches d'activité d'assurance (Gemelgo [2019] et entretien avec Didier Bazzocchi [mai 2019]). Lefèvre donne un exemple chiffré pour l'assurance automobile : « *Sur certains marchés très bien maîtrisés, la seule mutualisation du portefeuille entraîne une baisse notable des cotisations. C'est le cas de l'assurance auto, avec une baisse de 10% des tarifs* »

lorsque l'on passe de 1 à 3 millions de véhicules assurés. » [Lefèvre, 2011]. Dulbecco [2001, al.22] évoque encore d'autres secteurs de l'assurance : « On avance par exemple que la grande taille est de nature à faciliter la maîtrise des risques viagers dans un contexte de croissance potentielle de l'assurance santé et de la prévoyance-retraite. ».

En résumé, la taille d'un assureur serait en principe susceptible lui procurer les avantages suivants :

- « **optimisations actuarielles** » : réduire la volatilité des risques (loi des grands nombres) et disposer de meilleurs courbes d'expérience ;
- « **optimisation du capital économique** » (niveau et ajustement des fonds propres) : optimiser voir réduire ses besoins en capital mais aussi être plus résilient face aux aléas, accéder plus facilement à des capitaux si nécessaire ;
- « **économies d'échelles** » : réduire les frais de gestion (dont le coût des exigences qualitatives de Solvabilité II) par le biais d'économies d'échelle ;
- « **capacité d'investissement** » : disposer d'une assiette financière permettant plus facilement d'investir, d'innover et de faire face à la concurrence ;
- « **capacité à attirer et fidéliser des talents** » : attirer plus facilement des salariés et dirigeants de talent (direction générale, directeurs, fonctions clés,...) et les garder au sein de l'entreprise ;
- « **pouvoir de marché** »⁷² disposer d'une capacité à peser sur les prix pour améliorer sa rentabilité ;
- « **notoriété** ».

II.2.c) Quelle analyse peut-on faire de ces avantages ?

A. Optimisations actuarielles

Pour Didier Bazzochi, si la question des « optimisations actuarielles » est encore suffisamment prégnante en IARD (« *en matière d'activité IARD en Dommages et Responsabilité y a une forte pression à la taille, et l'accroissement de la taille pour des raisons statistiques* ») ou dans d'autres secteurs (« [à propos de l'assurance de grands risques industriels] *Donc sur ces grands risques là, plus le risque grossit en réalité, plus l'effet de mondialisation joue et plus l'effet de taille joue.* »), ce sujet de la taille pour la mutualisation serait mineur en santé : « *Ce qui ne vaut évidemment pas pour la santé parce que c'est un risque individuel de petite taille* » [Entretien avec Didier Bazzocchi, mai 2019].

Interrogé sur le sujet particulier de l'assurance santé, Paulo Gemelgo⁷³ estime notamment qu'« *En santé, avec quelques milliers d'utilisateurs, les choses se stabilisent assez vite.* ». Il estime même en complément que c'est un domaine où ce risque est pilotable, même dans de petites structures : « *Avec des données très granulaires, on sait en 3 mois si on doit augmenter les prix ou pas et on peut le faire tout de suite pour les affaires nouvelles donc on n'arrive jamais à devoir gérer une situation de crise car*

⁷² Comme déjà évoqué, nous retiendrons et utiliserons plus loin la définition de « Pouvoir de marché » donnée par [UE, 2012]

⁷³ Paulo Gemelgo enseigne l'actuariat dans le cadre du Master CAMAP.

lorsque les choses commencent à dévier, on corrige. ». Notons que ces considérations de pilotage pour les affaires nouvelles s'appliquaient plutôt pour l'exemple de contrats collectifs de petites dimensions et ne portait pas sur des mutuelles individuelles avec des règlements mutualistes souvent ajustés à l'année.

Le panel de dirigeants interrogés (cf. résultats en annexe 3) va globalement dans le même sens. Ce critère arrive assez largement en dernier de ceux qui peuvent potentiellement compter dans des effets de taille. Selon l'un des répondants, très expérimenté, qui a apporté des précisions sur ce sujet : « *Un nombre de personnes protégées de 50 000 personnes permet déjà une mutualisation du risque conséquente* ». On peut estimer que cela correspond grossièrement à une taille de 25 à 30M€ de cotisations. Un autre répondant a toutefois classé ce critère comme assez important en le justifiant de façon intéressante par le risque de fraude. Les petites mutuelles pourraient donc être plus sensibles sur leurs résultats au risque de fraude. Aucun seuil n'est toutefois proposé par ce répondant.

Par ailleurs de nombreuses mutuelles ont pu prospérer par le passé avec des tailles de quelques milliers de personnes protégées, donc des tailles inférieures à 10 voire 5 M€ de cotisations, sans que les problèmes éventuellement rencontrés ne relèvent explicitement de la question de la volatilité des risques.

Nous retiendrons que le critère d'optimisation actuarielle compte très peu en complémentaire santé, mais qu'il paraît raisonnable, pour maîtriser les risques de façon très solide, d'avoir une taille minimale de l'ordre de 25 à 30 M€ de cotisations. Nous incluons a priori dans ce seuil la volatilité naturelle des sinistres et celle potentiellement liée à la fraude.

B. Optimisations du capital économique

On peut tout d'abord se demander s'il y a encore un problème prégnant à résoudre pour les mutuelles santé dans ce domaine.

La notion de capital économique, comme déjà évoqué concerne principalement les exigences en capital. De ces règles découle notamment la notion de « ratio de solvabilité », ou « taux de couverture du SCR par les fonds propres ».

Catinchi [2016] évoque, parmi les raisons expliquant le mouvement de concentration, des problématiques relatives aux exigences quantitatives. Il semble toutefois le circonscrire aux acteurs de taille réduite tout en liant le problème aux exigences qualitatives : « *Pour d'autres, de taille plus réduite, les niveaux de provisionnement imposés par ces règles prudentielles, souvent inaccessibles, leur incapacité à mettre en place les dispositifs de contrôle interne exigés, les a conduits à rechercher des solutions d'adossement à d'autres opérateurs* ».

Si différentes références vont dans le même sens, et même si cela générerait de fortes craintes dès 2009 pour la mise en place de Solvabilité II, les mutuelles santé ne sont pas, en moyenne, parmi les organismes les moins solvables aujourd'hui. Lefèvre [2011, p.21] indique d'ailleurs que l'inquiétude ne portait que sur certaines branches : « *Solvabilité II représente une **menace réelle pour les mutuelles spécialisées sur des branches longues*** ». Pour Didier Bazzocchi le besoin en fonds propres est

comparativement peu prégnant : « l'activité santé est une activité peu consommatrice de fonds propres, contrairement aux activités vie et IARD en Dommages et Responsabilité » [Entretien avec Didier Bazzocchi, mai 2019].

La mutualité avait par ailleurs milité pour ajuster le calibrage du risque de la branche santé dans le calcul du SCR à des niveaux mieux adaptés aux risques réels [Lefèvre, 2011, p.20 et 21].

Au bout du compte, aujourd'hui 12 % des mutuelles seulement ont un taux de couverture du SCR inférieur à 200, contre 20% des IP et environ un tiers des sociétés d'assurances (source : [DREES, 2018, p.54] voir figure 20).

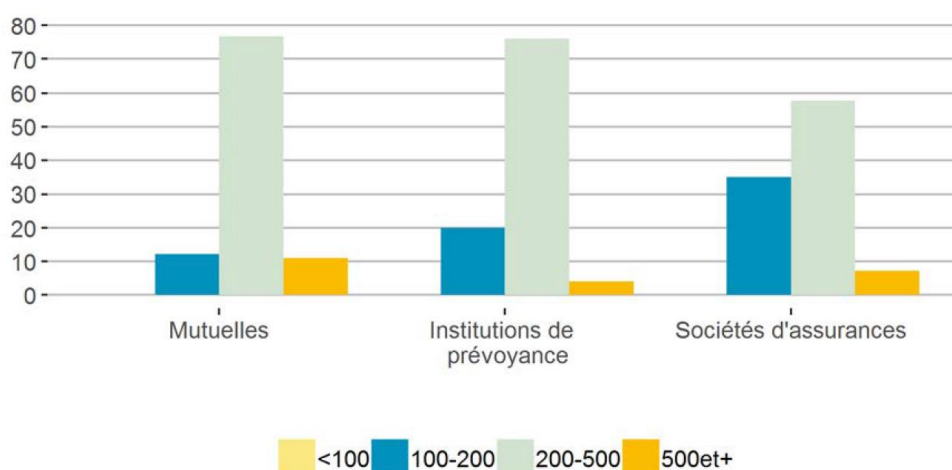


Figure 20 : Proportion d'organisme dans chaque catégorie de couverture par type d'organisme (extrait de [DREES, 2018, p.54])

Il semble donc bien que cela ne soit pas ou plus, en santé, une question prégnante. Nous tenterons de conforter cette analyse au II.3 avec un large échantillon de mutuelles.

Ce n'est donc apparemment pas un problème à résoudre. Mais, par ailleurs, la taille ne constituerait sans doute pas une solution en soi non plus.

A isopérimètre d'activité, croître de façon interne crée plutôt une difficulté pour une mutuelle : il faut trouver du capital économique et donc potentiellement ajuster à la hausse les tarifs. L'accroissement de la taille ne résout pas le problème quand on en a un mais aurait plutôt tendance à potentiellement l'aggraver. Croître par croissance externe dans le même secteur d'activité n'apporte rien non plus, ou plus exactement, il faut alors trouver un organisme mieux doté en capital et disposé à la fusion ou au regroupement prudentiel.

On peut donc juste dire qu'une mutuelle en difficulté ou en forte croissance peut trouver intérêt à se rapprocher d'une autre qui aurait du capital excédentaire. Finalement pour cette dernière, le capital excédentaire devient *a contrario* un moyen de faire de la croissance externe en attirant une mutuelle en moins bonne situation sur le plan du capital économique.

L'étude Stanwell [2019] ou encore les opinions exprimées à l'occasion de la matinée ADOM [2019b] ont tendance à évacuer clairement la question des exigences qualitatives comme une motivation aux regroupements ou à l'accroissement de la taille aujourd'hui. Les réponses des dirigeants au questionnaire, synthétisées en annexe 3, vont dans le même sens : le critère arrive souvent en dernier ou est même écarté dans les avantages recherchés d'une taille supérieure en complémentaire santé.

En résumé, nous n'identifions ni seuil, ni intérêt critique de la taille en complémentaire santé, concernant les exigences qualitatives en tant que tel. Il faut tout simplement disposer du capital économique correspondant à sa taille.

Bien sûr et nous l'avons déjà indiqué plus haut, la diversification des activités, au-delà des économies d'envergure peut produire des effets d'envergure positifs sur les exigences en capital. Mais le point de vue de notre étude est celui de la taille en santé, toutes choses égales par ailleurs.

En revanche, dans un registre différent de la résolution de problème d'exigences quantitatives, les faibles tailles de bilan seront moins résilientes face aux aléas. Les mutuelles en général auront aussi plus de difficulté à accéder à des capitaux si nécessaire pour gérer leur croissance. En conséquence, elles doivent anticiper et « provisionner » en moyenne plus que les assureurs capitalistes (cf. III.1.b).A). On peut considérer néanmoins que plus elles sont petites plus le problème peut être délicat. Les plus grosses pourront même envisager l'émission de certificats mutualistes ou même d'obligations.

C. Une taille minimale pour obtenir des économies d'échelle sensibles ?

L'analyse faite des réponses de dirigeants au questionnaire (cf. annexe 2 et 3) montre que la majorité adhère à une notion de taille minimale ou critique. Toutefois, pour de nombreux répondants le concept de « taille critique » doit être relativisé ou étudié selon une grille d'analyse plus fine et multi critères. Le questionnaire, ciblé sur l'applicabilité du concept de « taille critique » au domaine de la complémentaire santé, ainsi que son dépouillement, ne permettent pas directement d'évaluer un seuil pour les seules économies d'échelle car d'autres facteurs entrent en ligne de compte. Il s'agit notamment de la nécessité d'être tout simplement plus fort face à la concurrence ou encore de disposer d'une bonne notoriété. Il apparaît en tout état de cause nécessaire d'avoir une taille minimale pour absorber des charges fixes dont en particulier :

- le coûts des exigences « qualitatives » de solvabilité 2 (pilier 2 et 3) ; mais ceux-ci apparaissent essentiellement fixes et limités (quelques M€ voire moins pour certains) ;
- le coût du système d'information qui pour beaucoup est dimensionnant ;
- les coûts engendrés par différentes évolutions règlementaires.

Un répondant propose même des seuils, assez élevés (500 M€ à 5 G€) selon différents « *maillons de la chaîne de valeur* ».

Ces difficultés d'évaluation ressortent également de données évoquées par Lefèvre qui estime dans sa thèse [2011, p.25] que « *L'évaluation à priori des effets de taille reste difficile* » et qui note

également que « *l'évaluation de la taille à atteindre varie en fonction du contexte et des acteurs* » [Lefèvre, 2011, p. 24]. L'auteure avance tout de même quelques éléments recueillis dans diverses références qui, eux aussi, mélangent des éléments relatifs à la taille critique et d'autres à de plus stricts effets d'économies d'échelles : « *Lors de la première vague de concentration des mutuelles 45, la taille critique se situait pour ces dernières autour de 100 à 200 M€ de chiffre d'affaires. En 2005, un Délégué Général de mutuelle d'assurance considérait qu'avec 450 M€ de chiffre d'affaires, son groupe restait une petite entreprise¹, confrontée à un problème de taille. Aujourd'hui, sur le marché de la santé, on estime à un million de personnes protégées la taille critique permettant d'accompagner les évolutions prévisibles du secteur², soit un chiffre d'affaires compris entre 500 et 700 M€. Avec la concentration des institutions de prévoyance, qui donne naissance à de nouveaux poids lourds, on peut donc estimer que le ticket d'entrée à horizon 2015 sera proche du milliard³* » [Lefèvre, 2011, p.24]⁷⁴.

Dans la même référence l'auteure estime que les principaux domaines permettant des économies d'échelle sont [Lefèvre, 2011, p.25] :

- les achats ;
- les ressources humaines (volet que nous examinons plus spécifiquement au point F.) ;
- la gestion financière ;
- le système d'information.

Ce dernier point est considéré comme le principal vecteur des économies d'échelle [Lefèvre, 2011, p.25].

M. Pierre Darnis, Président du directoire de la Caisse Nationale de Prévoyance, auditionné le jeudi 11 juin 1998 dans le cadre du rapport Lambert [1998] souligne justement le besoin d'une taille suffisante pour faire face en particulier aux investissements informatiques. Il indique, à propos du marché porteur que constitue selon lui le marché de la santé : « *Seules les sociétés ayant une taille suffisamment importante pourront faire face aux investissements qu'il réclame, notamment, en matière d'équipement informatique.* ». A propos des mutuelles, le Tome II chapitre VI 1 C du rapport indique par ailleurs : « *Le seuil de viabilité que la " profession " s'accorde à considérer comme minimal en régime de croisière futur est de 100 000 adhérents.* » une précision étant apportée, dans le résumé en tête du tome II, sur le lien avec la nécessité de disposer du système d'information adéquat « *puisque'on s'accorde à situer à environ 100 000 adhérents le seuil de viabilité d'une mutuelle disposant de l'équipement informatique et de l'investissement bureautique adéquats* ».

Il est intéressant de rapprocher cet avis de l'appréciation de Furet-Coste [2016] qui retient l'idée qu'une petite mutuelle est une mutuelle « *(dont le chiffre d'affaire est inférieur à 100 M€)* ».

Pour revenir sur le poids des coûts associés aux exigences qualitatives de solvabilité Il très souvent évoqués dans la littérature, ils apparaissent réels⁷⁵, mais il convient de les relativiser. Ils ne pèsent beaucoup que sur les plus petites structures, ce que semble confirmer la FNMF : « *Les travaux autour de la révision de la directive Solva 2 en témoignent. Les équipes fédérales agissent pour limiter des coûts d'administration trop lourds d'abord pour les petites mutuelles* » [Beaudet, 2019].

⁷⁴ Les renvois 1 2 et 3 ne sont pas reproduits ici. On pourra les trouver dans le document référencé.

⁷⁵ Les propos de dirigeants recueillis dans le cadre de l'étude Stanwell et échangés à l'occasion de la matinée ADOM le confirment ([ADOM, 2019b] et [Stanwell, 2019]).

Notre panel de dirigeants, lorsqu'il a avancé un montant de coûts fixes pour ces exigences qualitatives, le situe entre 0.8 et 3 millions d'euros. Sans être négligeable, tout particulièrement pour les petites mutuelles, ces coûts sont sans rapport avec ceux du système d'information. Ils sont donc susceptibles d'être amortis relativement vite avec la taille. Notons au passage que certains types de rapprochement comme les groupes prudentiels, s'ils peuvent offrir une certaine mutualisation des ressources travaillant dans ce domaine, conduisent aussi paradoxalement à une inflation du *reporting* puisque celui-ci concerne à la fois les entités constituantes et le groupe prudentiel (superposition des documents et rapports « solos » et « groupe »).

Il est très difficile d'avancer des chiffres précis. Nous pensons toutefois possible de retenir, au vu des avis recueillis et des références examinées, l'idée que les économies d'échelle se font réelles à partir d'une taille comprise entre 100M€ et 500M€. C'est sans doute la zone dans laquelle elles continuent assez nettement à croître.

D. Des limites aux économies d'échelle ?

Le rapport Lambert [1998] mettait très directement en doute l'intérêt des concentrations au-delà d'une certaine taille dans le domaine de l'assurance. Il estime que « *Au-delà d'un certain seuil, les regroupements sont contre-productifs* » et plus précisément que : « **les limites des rendements d'échelle peuvent restreindre sérieusement l'intérêt objectif pour les actionnaires d'un certain nombre d'absorptions et du processus de concentration au-delà de certains seuils** ». S'agissant des effets d'échelle, il s'appuie en particulier sur une étude pour affirmer : « *Les économies d'échelle ne sont pas infinies. En effet, selon une étude SIGMA, les économies d'échelle dans l'assurance sont réelles jusqu'à 500 millions de dollars de primes émises. L'étude montre à l'inverse que les petites structures d'assurance opérant sur des niches ont des marges moyennes supérieures à celles des plus grands groupes grâce à des frais généraux et une sinistralité mieux maîtrisée* ». La même étude est citée dans des termes un peu différents plus loin « *Ce résultat correspond aux analyses déjà citées et menées dans le passé par Swiss Re Economic Research^{125(*)} selon lesquelles " les économies d'échelles sont secondaires dans le domaine de l'assurance " (on les observe tout au plus jusqu'à un volume de 400 à 500 millions de dollars). On échoue en effet à mettre en évidence des économies d'échelle, notamment dans le rapport sinistre à primes* »⁷⁶. On peut se demander si ce dernier type de constat ne rejoint pas, d'une certaine manière, dans le domaine des assurances, celui d'Ertan *et al.* [2018] évoqué plus haut, plutôt que l'absence ou le plafonnement des économies d'échelle au sens strict.

Thierry Beudet se montre très dubitatif sur la possibilité d'espérer des gains importants en matière de frais de gestion. Il observe notamment : « *Nous sommes aujourd'hui 400 acteurs, jetés dans le bain de la concurrence, à la lutte pour nos parts de marché. Si l'un d'entre nous avait trouvé la martingale pour baisser ses frais de gestion, il l'aurait fait depuis longtemps.* ». Il poursuit « *Ce n'est pas le cas parce que ces frais sont largement incompressibles. Pour notre part, en Mutualité, nous avons réussi à les contenir sans casse sociale, malgré le regroupement des mutuelles.* » et, plus loin, d'étayer son propos : « *[...] les experts de la DREES qui, dans leur dernier rapport, brisent un mythe trop répandu.*

⁷⁶ La référence donnée est : (125) *Sigma* n° 4/91.

Non, la concurrence sur le marché des complémentaires ne fait pas baisser les frais de gestion ! Non, elle ne relève pas les taux de [re]distribution ! » [Beaudet, 2019].

Examinons quelques données effectivement mises en avant par les rapports de la DREES et notamment celui de 2018 [DREES, 2018]. Le graphique reproduit ci-dessous, figure 21, semble bel et bien mettre en évidence une augmentation des frais de gestion des OCAM entre 2011 et 2017. Il paraît bien étayer le propos de Thierry Beaudet : les frais augmentent significativement pour les IP et les Mutuelles et semblent se tasser très légèrement pour les assureurs.

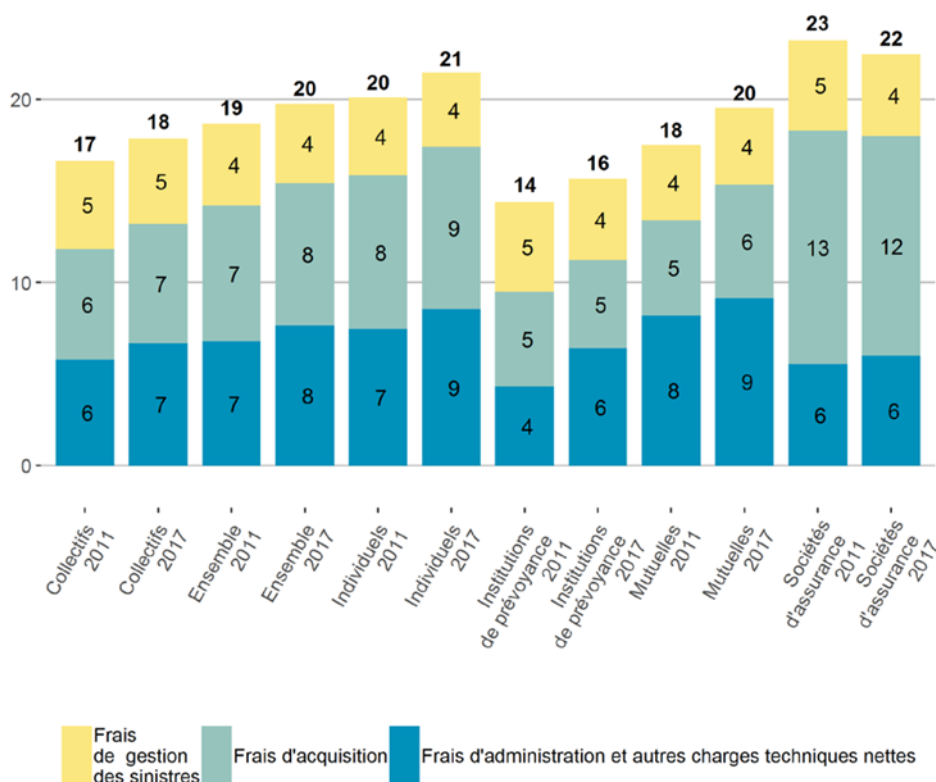


Figure 21 : Part des charges de gestion dans les cotisations en santé en % des cotisations collectées (source : [DREES, 2018])

La figure 22 ci-dessous, tirée du même document, est particulièrement intéressante car elle distingue les 100 plus grands organismes intervenants en santé des 100 plus petits. Ce qui frappe en l'examinant, c'est l'apparente différence très forte de volatilité autour des 20% de taux de frais de gestion. Les mouvements de regroupement tout autant que la concurrence exacerbée tendraient à faire converger le taux de frais de gestion à la moyenne observée à ce jour (soit environ 20%), même pour les plus grands organismes. Ce pourrait être le signe d'une forme d'état stationnaire à un moment donné entre concurrents : un taux moyen s'établit sous pression de la concurrence et il est très difficile de le réduire significativement (en écho aux propos de Thierry Beaudet cité plus haut : « ces frais sont largement incompressibles »)⁷⁷. Le document ne permet toutefois pas de distinguer précisément les effets de taille parmi les 100 plus grands organismes et certains d'entre eux se distinguent encore par leur frais de gestion faibles, voire très faibles, ou encore sensiblement plus élevés que la moyenne.

⁷⁷ Un effet finalement peut-être proche de celui évoqué au II.1.e) et décrit par [Ertan *et al.*, 2018].

Mais ces variations semblent pouvoir trouver des explications dans le coût des regroupements [DREES, 2019] ou encore les effets de « spécialisation » [Leduc, Montaut, 2017].

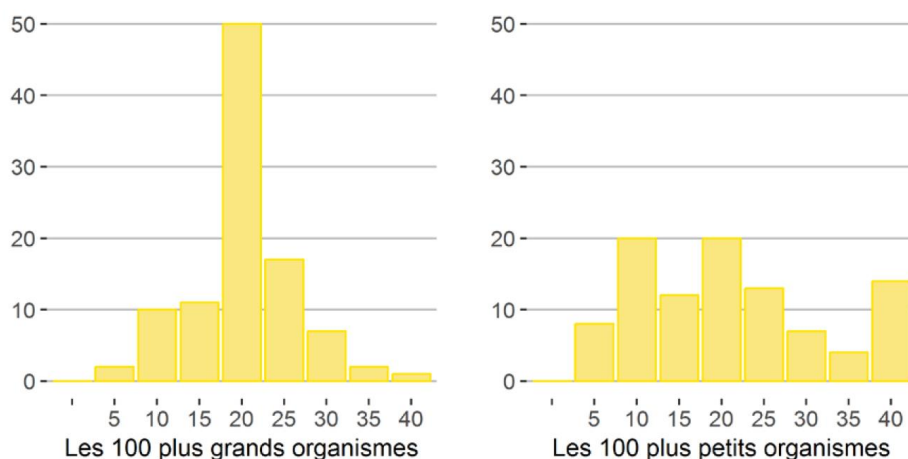


Figure 22 : Dispersion des charges de gestion en santé selon la taille de l'organisme en % des cotisations collectées (source : [DREES, 2018])

Au regard de ces données et de ces tendances, la stigmatisation assez récurrente des OCAM en matière de frais de gestion semble finalement assez étonnante, sauf à soupçonner une entente massive visant à ce qu'ils restent collectivement laxistes sur le sujet. La comparaison avec les frais de gestion de l'assurance maladie ne peut pas servir de benchmark. L'assurance maladie, si elle en porte le nom, ne fonctionne pas du tout comme une assurance : elle ne constitue ni ne gère de réserves prudentielles, elle ne gère pas les risques assurantiels, elle ne conçoit pas son activité dans une logique actuarielle, elle n'est ni soumise à Solvabilité II et encore moins au contrôle de l'ACPR. Les caisses primaires n'ont pas à leur charge la perception des cotisations, ni celle de la commercialisation de ses prestations et encore moins de la publicité, contrepartie quasi incontournable de la concurrence généralisée à laquelle elles ne sont pas confrontées. Le régime est obligatoire et sa dimension est nationale. Enfin, les services de prévention ou d'action sociale sont en général hors du champ du calcul.

Il semble bien qu'il y ait des limites aux économies d'échelle. Pire peut-être, celles-ci peuvent sans doute s'inverser en cohérence avec les éléments de théorie rappelés au II.1 sur les « déséconomies d'échelle ».

Les dirigeants de notre panel ont été interrogés explicitement sur ce point (cf annexes 2 et 3). Une majorité assez nette estime qu'une taille trop importante peut avoir des effets négatifs. Ils se heurtent toutefois à la difficulté d'estimer précisément un seuil, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils ne l'ont pas encore atteint ni dépassé. Ils invitent également à faire une analyse séparée selon les activités et les formes d'organisation des entités concernées. Même si aucun chiffre précis ne ressort clairement, on peut, en croisant les tailles des répondants, les réponses données pour la taille critique et les rares seuils avancés, se faire l'idée approximative qu'à partir de 1 voire plusieurs Md€, il y a au moins un seuil d'alerte sur la question des « déséconomies d'échelle ».

Approximativement, on peut considérer, par ailleurs, que leurs réponses n'invalident pas les résultats de l'étude SIGMA référencée dans le rapport Lambert [1998], voire la confirment.

A l'occasion de la matinée ADOM déjà citée, Philippe Dabat, d'AG2R La Mondiale, avait aussi mentionné ce sujet en évoquant les questions liées aux regroupements : « *Nous pensons que la taille n'est pas une fin en soi, on est bien placé pour savoir qu'avec la taille la complexité peut croître et souvent ce n'est pas linéaire, ça peut être exponentiel.* » [ADOM, 2019b].

Quant à Didier Bazzocchi, lors de l'entretien accordé [2019], il estimait clairement que de tels phénomènes se produisent, en prenant l'exemple des plateaux de gestion : « *Sur une activité de service, quand on augmente la taille des plateaux de gestion, on crée de la complexité* ». Il poursuit en évoquant les économies réelles que l'on peut dégager sur certains volets comme « *coûts réglementaires* » ou encore les « *coûts d'investissement informatique* » mais précise qu'en revanche les « *coûts humains eux sont proportionnels et la complexité managériale est plus coûteuse* ». Une solution est alors une gestion plus décentralisée de certaines activités, associée ou non à une logique multi-marque donnant des échelles plus petites à ces mêmes activités [Entretien avec Didier Bazzocchi, mai 2019].

Par ailleurs, à propos des coûts induits par les rapprochements eux-mêmes, dont les surcoûts de structure et de chantiers informatiques, notons les observations de la DREES :

- « *Cela peut s'expliquer dans certains cas par la plus forte restructuration au sein du secteur mutualiste, qui engendre des coûts durant la phase de transition* » [DREES, 2018, p. 33] ;
- « *La plus forte restructuration du secteur mutualiste au cours des dernières années (fusions, absorptions, qui engendrent des coûts sur les systèmes d'informations) contribue à expliquer cet écart* » [DREES, 2019, p. 51].

Nous retiendrons de ces éléments convergents sur le plan qualitatif, mais pas toujours convergents quantitativement, bien que donnant néanmoins une idée approximative sur la question, que :

- au-delà de 500M€, les économies d'échelle⁷⁸ commencent à être limitées voire très limitées ;
- qu'au-delà d'un ou plusieurs Md€, il faut sérieusement considérer la possibilité de phénomènes de déséconomies d'échelle et mettre en place des dispositions permettant de les limiter ou d'en éliminer les facteurs (par exemple avec une certaine gestion décentralisée).

E. Capacité d'investissement

Une assiette financière plus vaste permet *a priori* d'investir plus facilement mais aussi de façon plus réactive. La question résiduelle, comme nous nous concentrons dans ce mémoire sur la complémentaire santé, c'est sans doute « *investir pourquoi faire ?* » ou encore « *jusqu'où ?* ».

Investir pour accéder à des marchés plus importants

⁷⁸ Au sens strict, notamment de l'optimisation des frais de gestion. Nous ne parlons ici ni de notoriété ni de pouvoir de marché ni de capacité à recruter des talents.

M. Dominique Bazy, Président directeur général d'ALLIANZ France, auditionné le jeudi 9 avril 1998 évoque cette dimension. Il estime tout d'abord qu' « *un assureur performant n'est pas nécessairement de grande taille.* ». Il nuance toutefois dans la foulée en abondant dans le sens de l'idée d'une taille minimale, donc d'une forme de taille critique, ou plutôt de seuil de sous-criticité, plus particulièrement si l'on veut adresser un marché plus large de produits et de clients : « *Néanmoins, si l'on souhaite être présent sur l'ensemble du marché des particuliers, il faut faire des investissements importants qui ne seront rentabilisés que par des gros volumes de chiffres d'affaires.* » [Lambert, 1998].

La question semble balayer assez large ici : élargir la clientèle mais aussi le type d'activité, donc se diversifier. Mais nous écartons dans un premier temps, dans cette seconde partie ce qui relève des stratégies de diversification, nonobstant leur intérêt, même si certains pourraient considérer qu'il devient difficile d'être un acteur mono-activité santé aujourd'hui.

Élargir la clientèle peut supposer d'investir, par exemple dans des réseaux commerciaux, des agences, de la communication ou encore de nouveaux canaux de distribution (courtiers, etc...), ce qui concernera tout particulièrement des mutuelles « généralistes », plus que des mutuelles « spécialisées ». Le volet « communication » est évoqué plus loin au point « H. Notoriété ».

Cet avantage de la taille, tel que formulé ci-dessus, se conçoit surtout dans le cadre d'une stratégie offensive.

Investir dans l'innovation

A l'occasion de la matinée ADOM récemment animée par Jean-Philippe Douchet du cabinet Stanwell, ce dernier précisait à propos de l'étude qu'il a mené : « *troisième facteur qui a été mis en avant par les mutuelles, c'est la volonté d'innovation. [...] accéder à davantage de recherche et de développement, à un écosystème de start up, à finalement des partenaires qui vont favoriser l'innovation, ça a été un des facteurs clés [...] de rapprochement mis en avant par les mutuelles.* » [ADOM, 2019b].

Investir dans les réseaux de soins ?

Nous avons évoqué au 1.2.a).l l'importance accordée au sujet des réseaux de soins en citant Lefèvre [2011]. Sur ce sujet, certains avancent dans une logique de groupe, qui pourrait leur permettre à terme de chercher à se différencier⁷⁹, bien que le lien avec la FNMF dans le cadre des « unions territoriales » soit encore souvent très fort et les principes mutualistes ouverts à tous les adhérents.

Nous pouvons sans peine nous convaincre que, plus on est gros, plus on peut investir facilement et de façon réactive, voire lever des fonds⁸⁰. Des modèles alternatifs peuvent s'imaginer, notamment avec des mutuelles de taille petite ou moyenne qui coopéreraient sans pour autant appartenir à un groupe prudentiel. La FNMF envisage d'ailleurs de créer un fonds d'investissement dans l'innovation, ce qui constitue une sorte de mutualisation alternative.

Il est difficile, sur cette thématique d'avancer des logiques de seuil ou de taille, tant il est multiforme.

⁷⁹ La réforme « 100% santé » va aussi impacter ce sujet et peut-être compliquer encore la recherche de différenciation.

⁸⁰ Le groupe VyV vient de procéder à une émission obligataire de 500 M€ [WEB, 9].

F. Capacité à attirer et fidéliser des talents

L'importance de disposer des compétences nécessaires, notamment managériales semble aller de soi. A propos des compétences managériales, il est intéressant de noter que finalement, lorsque les auteurs de l'étude ACPR [2016a] cherchent à expliquer pourquoi on échoue à démontrer l'existence d'un lien entre les indicateurs de risque suivis par l'ACPR et la probabilité pour un organisme de devenir vulnérable, ils indiquent : « *Elles pourraient également refléter le fait que les vulnérabilités sont principalement liées à la médiocre qualité du management, qui n'est pas reflétée dans les données comptables et prudentielles des organismes* » [ACPR, 2016a, p.3]. On retrouve plus loin [p. 28] approximativement la même formule, mais avec « gouvernance » en lieu et place de « management ». La considération vaut sans aucun doute pour les deux volets.

Les dirigeants interrogés par voie du questionnaire en annexe 2 ont été quasiment unanimes sur le fait que la capacité à attirer et fidéliser des talents comptait dans les avantages de la taille. En substance cela doit reposer sur la capacité à offrir des postes motivants ouvrant des perspectives d'évolutions d'une part et plus prosaïquement une capacité à proposer des salaires attractifs « conformes au marché ». En effet, comme le rappelle le sous-titre de l'article « The War for talent » : « *Why would someone really good want to join your company? And how will you keep them for more than a few years? Yes, money does matter* » [Chambers et al., 1998].

En revanche, il paraît difficile d'avancer des seuils particuliers ou une taille critique qu'il serait nécessaire d'atteindre. Comme déjà évoqué, l'étude de BPI France laisse entendre que la question est difficile pour les PME et ETI [BPIFrance, 2018]. L'application des définitions des seuils PME et ETI est particulière pour les mutuelles compte tenu du ratio CA/salariés s'écartant des normes industrielles.

On peut conjecturer toutefois, de façon intuitive, qu'à partir d'une taille commençant à relever nettement d'une petite ETI sur le critère « nombre de salariés » (disons plusieurs centaines de salariés, soit probablement la taille d'une mutuelle de plusieurs centaines de M€ de volumes de cotisations), on commence, au moins sur le plan salarial et des enjeux potentiels des postes proposés, à pouvoir recruter des dirigeants et fonctions clés de talent sans grosses difficultés, même si cela ne permet sans doute pas, et de loin, de rivaliser en niveau de talents et de salaires avec de grands groupes comme AXA ou Allianz. En approchant de la limite de la taille des ETI sur le même critère, soit approximativement plusieurs milliers de salariés et/ou plusieurs milliards d'euros de cotisations on doit pouvoir considérer que ce n'est plus une difficulté du tout, même pour un organisme mutualiste.

G. Pouvoir de marché

Le rapport Lambert [1998] estimait qu'en réalité les regroupements sont principalement dictés par la lutte pour les parts de marché : « *Or, en dépit d'une certaine rationalité, la concentration traduit une lutte pour l'accroissement de la part de marché dans le contexte d'un marché européen arrivé à maturité. Elle reflète la rivalité des grands groupes pour le pouvoir de marché et la maîtrise des politiques tarifaires* » et s'inquiète de ce que cette focalisation n'éloigne d'autres objectifs comme notamment la robustesse ou la rentabilité « *il est à craindre que cette lutte pour les parts de marché l'emporte sur le souci de rentabilité, voire de solidité* », redoutant même que « *la concentration infuse*

une dose d'aléa moral non négligeable dans le système financier, susceptible de produire des effets négatifs en cas de crise ».

Jean-Claude Carro, directeur du développement de Préviadès en 1999, est un des acteurs de l'histoire d'Harmonie mutuelle [Rey, 2013]. Il avance une dimension critique pour une mutuelle à l'époque. Il aurait encouragé son directeur général Michel Joliot, présenté comme « *adepte depuis longtemps de la croissance externe* », à atteindre une « *taille critique* » « *qu'il estime à un million de personnes protégées* ». On notera qu'il s'agit là d'une mutuelle interprofessionnelle et nous considérons, à la lecture d'ensemble de l'ouvrage de Rey [2013], que ce seuil indique plutôt un besoin de peser sur ce marché spécifique, alors en plein mouvement de concentration, qu'un seuil relatif aux économies d'échelle. Cette idée de taille critique dans ce domaine est aussi reprise par Jocelyn Waroux, intervenant dans le cadre de la matinée ADOM [2019b] pour répondre à certains appels d'offres notamment en matière de conventions collectives nationales. Il indique que c'est une des raisons de la constitution de l'UGM Umanens (Identités Mutuelle, Mutuelle Familiale et Groupe Mutualia), ce qui correspond approximativement à la même classe de volume de cotisations.

Nous, pouvons, dans une certaine mesure, rapprocher ceci de considérations développées par Philippe Dulbecco [2001] qui examine les stratégies des assureurs mutualistes sur le marché européen. Il indique aussi que la course à la taille, dans le cadre des stratégies de croissance externe, semble fortement dictée par la recherche du pouvoir de marché, au-delà des économies d'échelle. Il semble suggérer l'existence de seuils liés à des indices de concentration : « *Ensuite, parce que partant de l'existence d'une corrélation entre concentration et profit la théorie des acquisitions indique, toujours dans une logique de pouvoir de marché, que ces dernières sont pour partie dictées par la recherche de rentes sur les marchés où l'exercice d'un pouvoir de monopole est possible c'est-à-dire où les indices de concentration atteignent un seuil critique* » [Dulbecco, 2001, p.65]. Notons qu'il considère le marché de l'assurance en général. En complémentaire santé en France, le marché commence à être concentré mais ne paraît pas atteindre forcément d'importants indices de concentration non plus (cf I.1.c).

Heureusement, Dulbecco précise aussi que sa thèse ne soutient pas ces logiques, notamment pour les mutualistes : « *La thèse défendue est que si le marché de l'assurance manifeste une tendance générale à la concentration économique et financière il n'est pas certain que cette dernière soit la seule réponse possible, ni même la plus appropriée en particulier pour les assurances mutualistes. Une telle réponse, essentiellement fondée sur une logique d'efficacité économique et de pouvoir de marché, semble en effet déconnectée des facteurs de demande qui représentent toutefois les principaux éléments de cristallisation des transformations du jeu concurrentiel. La prise en considération des spécificités du secteur mutualiste est alors de nature à accroître la palette des choix stratégiques offerts aux entreprises dudit secteur* » [Dulbecco, 2001, p.59]. Il ajoute que « *la plupart des tests d'indépendance de corrélation entre taille et taux de croissance ont montré qu'il n'y avait pas de corrélation entre les taux de croissance des firmes entre t-1 et t et la taille en t-1. On note en fait que ce sont plutôt des firmes de dimension moyenne qui ont les taux de croissance les plus forts, les grandes entreprises se caractérisant surtout par une dispersion de leur taux de croissance inférieure à celles des autres (Morvan, 1991)* ».

Nous échouons à trouver des références plus précises qui peuvent guider notre réflexion dans le cadre de ce mémoire, d'autant que le marché est très sous-segmenté et régi par des logiques différentes (collectif, individuel, fonctions publiques, etc...) qui, de surcroît, pour certains acteurs se superposent. Ce sujet vaste pourrait mériter des travaux complémentaires.

Nous retiendrons quand même l'idée qu'un « pouvoir de marché » dans ce domaine ne peut sans doute pas s'exercer en dessous d'une taille de 1 million de personnes protégées, soit sans doute plus de 500M€. 22 acteurs sont au-dessus de ce seuil [CMU, 2018] et agissent sur l'ensemble des sous-segments de marché, ce qui est encore beaucoup pour parler vraiment d'un « pouvoir de marché » déterminant. En l'occurrence on a plutôt encore une concurrence intense et diversifiée. Un pouvoir de marché peut sans doute s'exercer avec les très grandes tailles (plusieurs Md€), mais cela reste hypothétique et controversé [Dulbecco, 2001].

Il reste que ce « pouvoir de marché » fait sans doute encore partie des motivations des regroupements.

H. Notoriété

Comme évoqué plus haut, pour Lefèvre [2011] la question de la notoriété est mise en avant comme un avantage important lié à la taille. L'auteure précise que « *Les mutuelles souffrent en effet d'un manque de reconnaissance face aux compagnies d'assurance* » [p.27]. Elle cite également au même endroit Didier Bazzochi, Directeur Général Délégué Santé du groupe Covéa, qui souligne que l'importance de l'attrait de la marque est tel qu'il « *peut expliquer un certain nombre de regroupements, tout autant que Solvabilité II, car installer une marque demande un investissement considérable* ». Lefèvre indique aussi que « *Si les retombées commerciales des campagnes publicitaires sont évidentes, la charge qu'elles représentent n'est pas à la portée des mutuelles de taille de moyenne : en 2004, la campagne MAAF avait coûté au groupe 20 millions d'euros, une somme jugée « raisonnable »² au regard des 150 000 nouveaux contrats générés en 9 mois. MMA, dont le « plan de reconquête³ », est estimé à 50 millions d'euros, estime qu'après chaque campagne, le trafic dans les agences augmente de 30%. Du côté des mutuelles 45, le phénomène commence à apparaître. Citons par exemple la MG, ex-Mutuelle Générale des PTT, qui accompagne son virage vers le grand public par une campagne de publicité destinée à installer la marque, et à laquelle Patrick Saegon attribue une production de nouveaux contrats de 25 % supérieure aux objectifs.* »

Cette dimension est sans doute majeure et inaccessible pour de petites entités, voire même pour nombre de moyennes qui auront plutôt une stratégie « de niche ». Toutefois, elle ne s'entend que dans le cadre d'une stratégie « généraliste » nouant des ambitions fortes et un certain pouvoir de marché, avec une dimension nationale.

Il semble déjà, en regardant les médias aujourd'hui qu'une certaine explosion des coûts de publicité se profile ce qui renchérit *a priori* les frais de gestion dans un effet inverse à celui décrit par Leduc et Montaut [2018] quant aux mutuelles spécialisées.

Finalement, ce point est essentiellement lié à une stratégie qui en elle-même vise une taille importante.

II.2.d) Y a-t-il des risques liés à une trop grande taille ?

A. Risques de « déséconomies d'échelle »

Nous avons déjà abordé cette question et acquis la conviction grâce aux éléments examinés au II.2.c).D que ce risque existe. Nous estimons qu'il va croissant au-delà d'un volume de cotisations de 1Md€.

B. Risque spécifique à la mutualité

Le doute est permis quant à la crédibilité d'une approche « société de personnes » à partir d'une certaine taille. Nous développons cette question plus particulièrement en partie III. Il est toutefois bien difficile de définir un seuil. Mais on peut se risquer à dire qu'un ou plusieurs millions de personnes, c'est déjà beaucoup. Disons que cela doit au moins commencer à interroger.

C. Autres facteurs

Dans une de ses études sur les indicateurs de vulnérabilité des mutuelles, les analystes de l'ACPR [2016a] observent que : « *le risque de sanction croît avec la taille de bilan des organismes (cf. Tableau 3) ; ce constat va à l'encontre des conclusions de l'étude de Sharpe & Stadnik (2006) (cf. supra) »*⁸¹.

Cela pourrait aussi relativiser les propos se voulant rassurant de Benoît de Broissia sur la taille comme facteur de protection contre les défaillances de grands organismes financiers cités au I.1.a), même s'il parlait des banques et non des assureurs. Dans le secteur bancaire, comme déjà rappelé, le « *too big to fail* », s'est révélé faux.

Même à la seule échelle, déjà conséquente, des organismes supervisés par l'ACPR, il semble que la taille ne constitue pas une protection contre les défaillances, voire soit corrélée positivement avec le risque de sanction. L'ACPR ne mentionne pas toutefois cet effet comme majeur et indique que des études réalisées à l'étranger vont en sens inverse.

La taille ne saurait, en tout cas à elle seule, constituer un facteur de résilience.

II.2.e) Peut-on partir de zéro en assurance santé ? Le cas Alan

Dans le paysage que nous venons de décrire depuis le début de ce mémoire, le cas Alan ne manque pas de détonner et d'interroger. L'agrément de cette « start-up » de l'assurance a été mentionné plus

⁸¹ [ACPR, 2016a] attribue à la référence citée « *Ils font ressortir plusieurs facteurs pouvant conduire les organismes à afficher une situation dégradée, parmi lesquels une taille réduite, des rendements faibles ou une forte allocation en immobilier* ».

haut à l'occasion de l'examen de la dynamique des sociétés d'assurances intervenant en santé qui, rappelons-le, voient leur nombre augmenter depuis 2009.

Tout d'abord, il convient de souligner que cet agrément est un évènement qui n'avait pas été vu depuis plus de 30 ans, comme déjà mentionné dans la première partie.

Dans cette deuxième partie où nous évoquons l'éventuelle nécessité d'une taille critique en assurance santé, Alan est parti de la plus petite taille que l'on puisse imaginer : zéro. Il est donc jugé qu'une telle taille est viable dès lors que les fonds propres sont suffisants et que certains partenaires financiers, comme la CNP, voire réassureurs, sont de la partie.

Alan peut par ailleurs être vu un peu comme un « OVNI assurantiel » : les tarifs ne reposent, au moins au départ, sur aucune donnée ni courbe d'expérience, ou plutôt, indirectement, sur les données des autres assureurs que ce soit par « data crawling » sur le web (utilisation de robot d'indexation pour analyser les tarifs en vigueur) ou par consolidation avec des cabinets d'actuariat travaillant pour de nombreux autres assureurs [Samuelian, 2016].

Notons toutefois que l'examen du rapport ACPR [2019c] semble indiquer qu'il n'est apparemment pas inhabituel de favoriser la possibilité de nouveaux entrants ne disposant d'aucune donnée historique, le cas échéant en les alimentant en données : l'ACPR l'évoque à propos de l'assurance construction [p. 26].

D'un point de vue solvabilité, au sens du niveau de fonds propres nécessaire, un démarrage est évidemment possible puisqu'il n'y a que peu d'assurés et qu'il s'agit d'un risque court avec des risques maximum peu élevés. Les fonds propres règlementairement nécessaires sont ainsi facilement surdimensionnés sans qu'il soit utile de mobiliser des sommes titanesques. Encore faut-il les réunir : lever un tour de table d'environ 12 M€ pour une start-up c'est un tour de force en soi. Mais ce n'est pas non plus les sommes nécessaires au lancement d'une chaîne de production d'Airbus A380. D'autant qu'en réalité, les risques industriels sont en l'occurrence, sur l'assurance santé, assez faibles, même au démarrage. Dans ce domaine les seules pertes facilement prévisibles sont les frais fixes initiaux : il faut quand même rémunérer quelques équipes si non rien ne risque de se passer.

Il s'agit donc clairement d'une tentative de disruption dans un marché saturé où pourtant la concurrence fait déjà rage. Alan semble miser, parmi les différenciants, sur la simplicité, notamment pour les PME et TPE qui font partie de sa cible en collectif, avec une offre plutôt monolithique, tout en ligne, assortie de la promesse d'une expérience utilisateur de qualité.

Avec une taille de départ la plus petite qu'on puisse imaginer il est néanmoins probable, voire certain, que l'ambition d'Alan ne soit pas de rester un petit assureur, mais plutôt de rapidement devenir une « licorne », suivant la voie visée aux USA par l'assureur 100% digital Oscar Health, lancé en 2012 et qui visait le milliard de dollars de primes en 2018. Ce dernier serait déjà valorisé à plus de 3 milliards de dollars⁸². Au demeurant, sans ce genre d'ambition, il aurait sans doute été difficile de réunir des fonds.

Nous retenons de cette parenthèse sur le cas Alan :

⁸² <https://www.latribune.fr/entreprises-finance/banques-finance/assurance-alan-leve-40-millions-d-euros-pour-reinventer-le-parcours-sante-807707.html>

-
- qu'il est possible de partir de zéro en assurance santé et être agréé par l'ACPR ; cela n'allait pas de soi surtout l'année même de la pleine entrée en vigueur de la réglementation européenne ([UE, 2009] et [UE, 2015]) ; cette réglementation, aussi lourde qu'elle puisse être jugée, n'empêche pas d'être petit, voire extrêmement petit, au point d'être en dessous de la loi des grands nombres et d'avoir une volatilité potentiellement risquée, même pour de l'assurance santé ;
 - qu'une taille dans ce domaine, aussi petite soit-elle, n'empêche donc pas de porter un projet et une stratégie, quelles qu'en soient la forme et la nature ; on peut donc entreprendre et prendre des risques, comme dans tout autre domaine ;
 - qu'il est vraisemblablement possible de satisfaire les exigences qualitatives de la réglementation avec des équipes extrêmement réduites.

Il n'y a donc **pas de « barrière à l'entrée »** dans ce domaine.

Seuls la volonté et les moyens financiers d'entreprendre semblent donc compter, comme dans tout autre domaine où les « barrières à l'entrée » sont absentes. La taille est alors parfaitement accessoire, au moins au début, car on imagine mal ce projet perdurer en restant longtemps de petite taille. Il serait intéressant de savoir si les dirigeants ont estimé une taille minimale de viabilité ou de part de marché qui marquerait le succès et laisserait augurer de la pérennité. Notons qu'Oscar Health, 7 ans après son lancement, serait toujours fortement déficitaire, même si sa valorisation boursière est élevée⁸³. La stratégie de ce genre de projet est parfois d'« acheter⁸⁴ » le plus rapidement possible un portefeuille de client et une notoriété pour finir par faire de ce portefeuille une plaque tournante ou une valeur en soi par son volume, dans une sorte d'effet boule de neige (type Facebook). Cela explique une valorisation souvent sans rapport avec les bénéficiaires. Le marché valorise la perspective de montée en nombre du portefeuille de client, plus que l'activité elle-même. Nous n'affirmons pas ici que c'est la stratégie d'Alan.

En tout état de cause les mutuelles ne se placeront pas dans cette logique, même si leur portefeuille d'adhérents peut être vu comme une valeur.

II.3. Analyse de la situation sur 165 mutuelles

II.3.a) Echantillon analysé et distribution des tailles

Nous analysons dans cette section les données de 165 mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité adhérentes au système fédéral de garantie de la FNMF (SFG). Ces données ont été fournies par le SFG pour permettre des analyses dans le cadre de ce mémoire. Les données qui présentent un caractère public, puisque qu'elles sont publiées dans les rapports SFCR, ont été données individuellement mais toutefois de façon entièrement anonymisée. L'évolution de certaines données est disponible sur 5 ans (2014-2018), d'autres sur 3 ans seulement (2016-2018).

⁸³ <https://www.lesechos.fr/idees-debats/editos-analyses/oscar-une-licorne-au-pays-de-lassurance-sante-539104>

⁸⁴ Au sens où l'on est prêt à faire des pertes significatives pendant plusieurs années.

Toutes les données ne sont pas toujours disponibles pour les différentes années. Par ailleurs, compte tenu de leurs activités très atypiques, certaines mutuelles ont été retirées de la base d'analyse pour certains des calculs qui suivent. Le nombre de mutuelles participant aux calculs est indiqué dans les graphiques.

La mesure principale de taille retenue est, comme indiqué précédemment, le volume de cotisations. Ce choix, déjà recommandé plus haut, peut être consolidé en examinant par exemple sur les données 2018 le rapport entre nombre de bénéficiaires et volumes de cotisations (voir figure 23). On observe une grande linéarité avec un excellent coefficient de détermination : ces mesures peuvent être considérées comme pratiquement équivalentes pour un ensemble homogène de prestations.

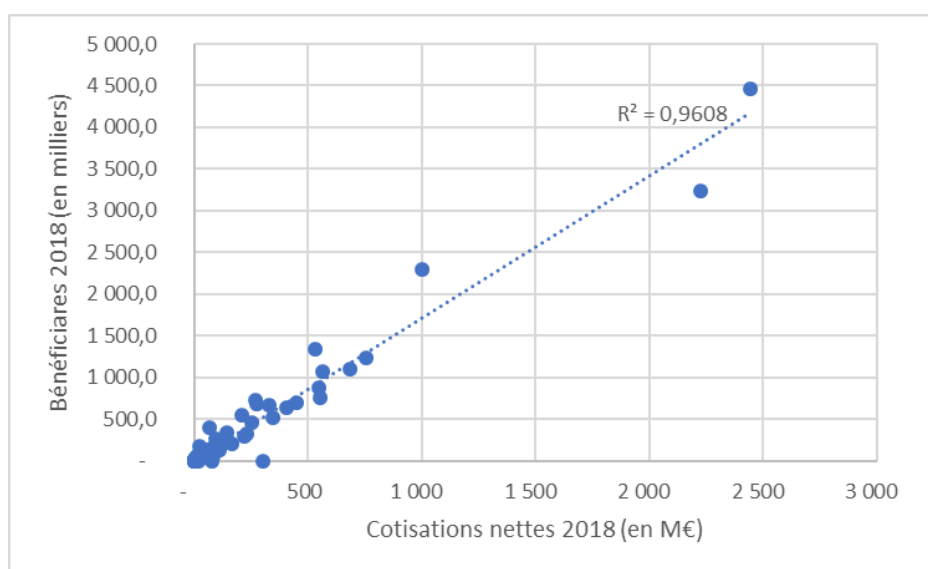


Figure 23 : Nombre de bénéficiaires en fonction du volume de cotisations (données 2018 sur 149 mutuelles)

On pourrait penser en première approche que les prix seraient assez homogènes entre mutuelles et qu'*a contrario* le graphique peut mettre en évidence certaines tarifications moins avantageuses pour les points qui s'écarteraient trop de la courbe de tendance. Il est toutefois impossible de conjecturer en ce sens, car il existe une grande variété de contrats, de niveaux de couverture, mais aussi une proportion de contrats collectifs et individuels très variables d'une mutuelle à l'autre (voir [DREES, 2019] sur les différences sensibles entre ces types de contrats). D'autre part, les montants de cotisation ne sont pas 100% en santé, ils peuvent contenir une part de « prévoyance », voire de « vie ». Enfin, il ne peut être affirmé que, d'une mutuelle à l'autre, les ayant droits se ventilent de la même façon en nombre et en âge parmi les cotisants.

La répartition des tailles de l'échantillon est présentée ci-dessous pour l'année 2018 (159 données disponibles en 2018) :

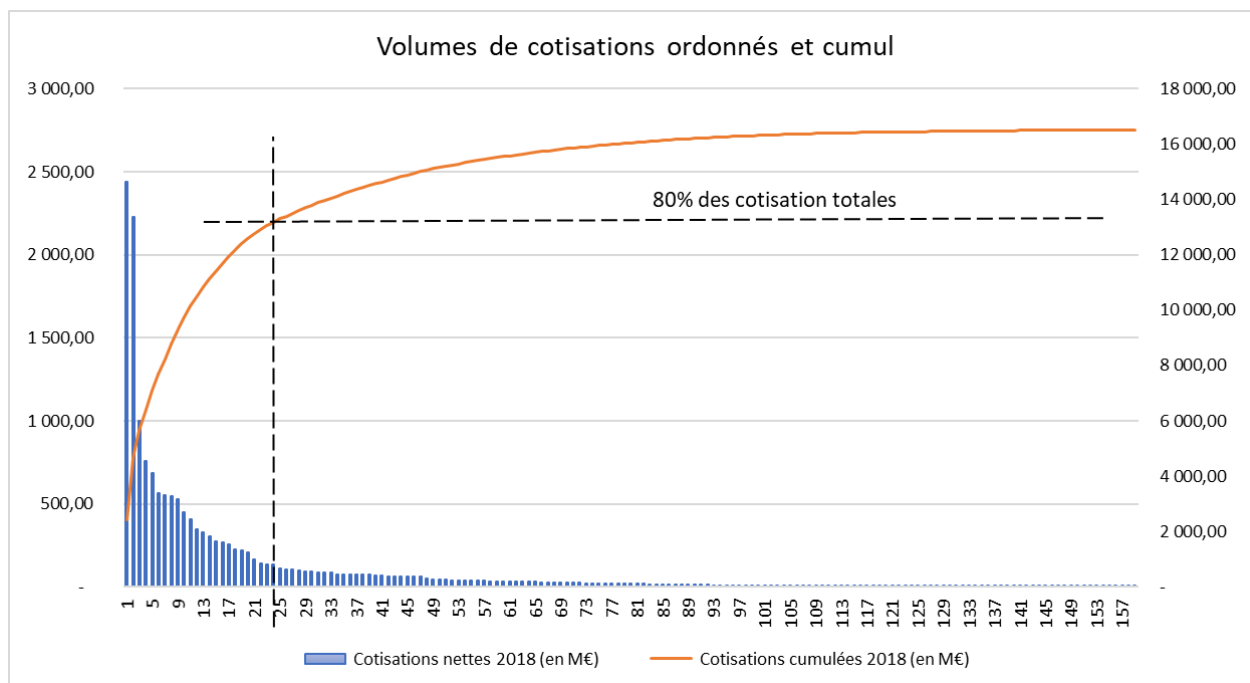


Figure 24 : Volume des cotisations - classement et cumul (159 mutuelles)

Le graphique présente une allure typique de courbe de Pareto et 80% des cotisations de l'échantillon sont collectées par les 24 plus grosses mutuelles, soit 15% d'entre elles.

Par ailleurs la moitié des mutuelles considérées ont un volume de cotisations inférieur à 20 M€. Si l'on examine quelques autres seuils de taille (figure 25) :

- 69,8 % ont un volume de cotisations inférieur à 50 M€ (resp. 30,2 % > 50 M€),
- 82,4 % ont un volume de cotisations inférieur à 100 M€ (resp. 17,6 % > 100 M€),
- 89,3 % ont un volume de cotisations inférieur à 250 M€ (resp. 10,7 % > 250 M€),
- 94,3% ont un volume de cotisations supérieur à 500 M€ (resp. 5,7 % > 500 M€),
- 98,1% ont un volume de cotisations supérieur à 1 G€ (resp. 1,9 % > 1 G€).

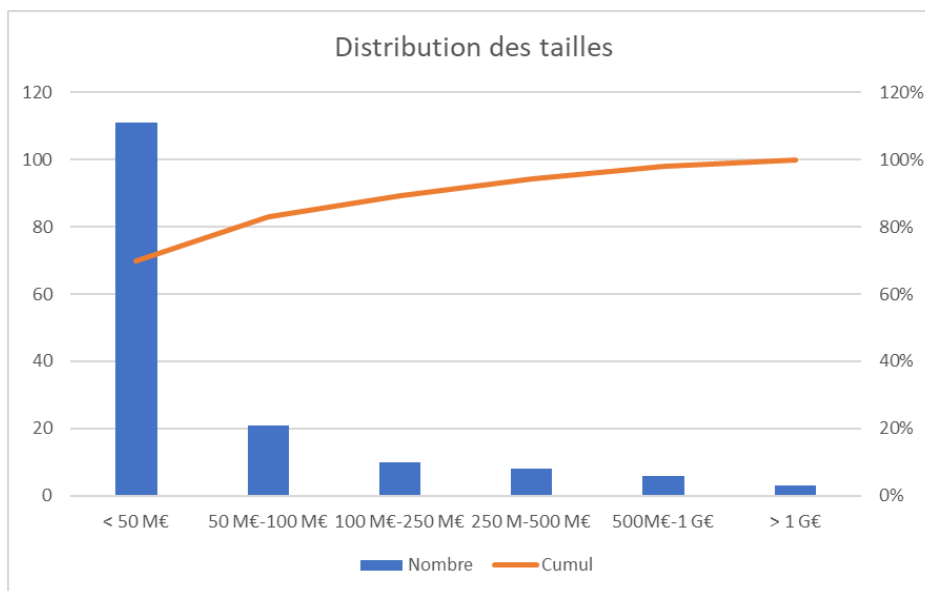


Figure 25 : Distribution des tailles (159 mutuelles)

Certaines données complémentaires (notamment frais de gestion, ou encore P/C) n'ont pas été fournies individuellement, même anonymisées. Elles ont cependant été fournies agrégées par groupes de taille par le SFG, afin de pouvoir étudier les relations entre taille et certaines grandeurs, avec l'évolution sur 3 années (2015-2017). En conséquence, certaines présentations et calculs reposent sur des calculs intermédiaires réalisés aimablement par le SFG pour faciliter les travaux de ce mémoire. Dans ce cas de figure, comme le montre la figure 26, le périmètre n'est pas toujours exactement le même que les données individuelles, compte tenu d'évolutions liées à des fusions, en général entre mutuelles du SFG, voire quelques sorties ou adhésions nouvelles, plus marginalement (source : SFG). Les populations par groupe d'une année à l'autre ne sont donc pas rigoureusement identiques. On peut considérer que l'étude des évolutions sur trois ans peut, à la marge, être affectée par ces différences, mais dans notre approche à partir de ces groupes, il s'agit uniquement de mettre en évidence des effets éventuels de taille, que ce soit avant ou après regroupement.

Pour chaque donnée agrégée par groupe, le SFG a établi une moyenne simple, non pondérée par la taille (i.e. le volume de cotisations). Cette approche est cohérente de l'objectif d'identification de caractéristiques liées à une population appartenant à un groupe de taille. Par exemple, si on examine un taux de frais de gestion, chaque élément du groupe pèse autant que les autres dans la moyenne, indépendamment de sa taille relative. Le résultat ne représente donc pas les « frais de gestion cumulés du groupe rapporté au volume de cotisation cumulé du groupe », mais bien le taux de frais de gestion que l'on observe, en moyenne, dans le groupe. Cette approche présente en revanche des limites pour la comparaison de certaines données avec celles qui ressortent de documents comme celui de la DREES [2019] pour les mutuelles. Les modalités de calcul des frais de gestion ou des P/C pourraient également légèrement différer des calculs faits par la DREES. Ces limites et différences d'approche restent *a priori* compatibles de l'objectif que nous poursuivons qui est de rechercher, principalement, des tendances liées à la taille, toutes choses égales par ailleurs.

Les groupes de taille retenus et leurs effectifs sont les suivants :

Tranche de volume de cotisations	Notation abrégée dans les graphiques	Effectif 2015	Effectif 2016	Effectif 2017
Tranche 0 - 5 M€	T 0-5 M€	59	55	50
Tranche 5 - 10 M€	T 5-10 M€	18	20	16
Tranche 10 - 30 M€	T 10-30 M€	38	33	34
Tranche 30 - 90 M€	T 30-90 M€	35	31	32
Tranche 90 - 250 M€	T 90-250 M€	17	13	14
Tranche > 250 millions d'euros	T > 250 M€	14	15	15
	Nombre Total	181	167	161

Figure 26 : Groupes de taille pour les données agrégées (source des données : SFG)

Il faut prendre quelques précautions liminaires à propos des analyses graphiques et chiffrées qui suivent :

- tout d'abord les données ne sont pas strictement circonscrites à l'activité santé ; il en est notamment ainsi du volume de cotisation, des résultats ou encore de la solvabilité ; comme indiqué plus haut, certaines mutuelles aux activités totalement atypiques ont toutefois été retirées des échantillon d'analyse ; pour autant l'analyse n'est pas strictement « exclusivement santé » ; il est même probable d'après les informations recueillies informellement auprès du SFG qu'il y ait un effet « taille » dans la nature d'activité : plus les mutuelles sont importantes, plus elles auraient une part importante d'activité vie et prévoyance ; cela est susceptible d'introduire quelques biais si l'on souhaite une analyse exclusivement santé sur les questions relatives à la taille ; nous aurons donc plutôt une vision « mutuelles de livre II », à dominante santé ;
- les données agrégées fournies par le SFG sont des moyennes par groupe de taille sans pondération par la taille de chaque organisme ; si cela ne pose pas trop de problème pour les analyses isolées des différents paramètre, c'est plus délicat lorsque l'on cherche à les combiner ou à les corrélérer entre eux (exemple : analyse d'un pseudo ratio combiné en additionnant moyenne des P/C et moyenne des ratios de frais de gestion) : le résultat est une approximation pouvant même être entachée d'erreurs.

Cette étude empirique présente des limites. Nous n'entendons toutefois pas donner des conclusions trop affirmatives, mais plutôt capturer des éléments d'analyse et d'appréciation à la fois qualitatifs et quantitatifs.

II.3.b) Ratios de solvabilité en fonction de la taille

Examinons tout d'abord les données relatives à la solvabilité des mutuelles de l'échantillon. Pour disposer des plus petites, nous commençons par regarder ce qu'il en était en 2015 en norme « Solvabilité I » (figure 27). Les niveaux de couverture les plus élevés, mais aussi les plus faibles se rencontrent massivement sur les plus petites mutuelles. La courbe de tendance, faiblement corrélée, vue la dispersion, semble indiquer qu'une plus grande taille se corrèle plutôt négativement avec le

niveau de couverture. Une loupe est faite figure 28 sur les plus petites mutuelles, en particulier celle dont le volume de cotisations est inférieur à 5 M€. Il ne semble pas y avoir de corrélation significative entre la taille et la solvabilité pour les plus petites mutuelles. La grande majorité d'entre elles ont une marge satisfaisante en norme S1, mais certaines semblent proches d'une zone de fragilité.

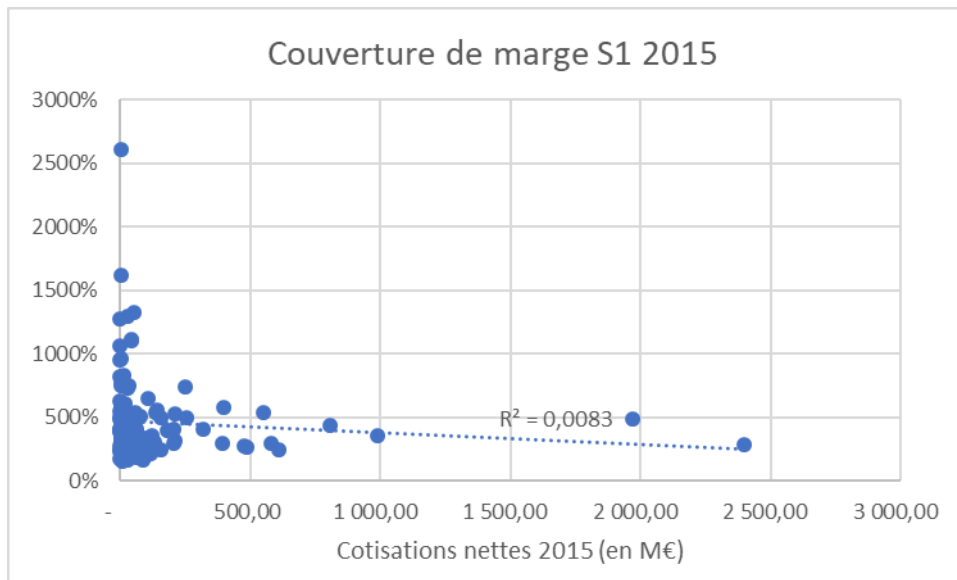


Figure 27 : Ventilation du taux de marge en norme Solvabilité 1 en 2015 (141 mutuelles)

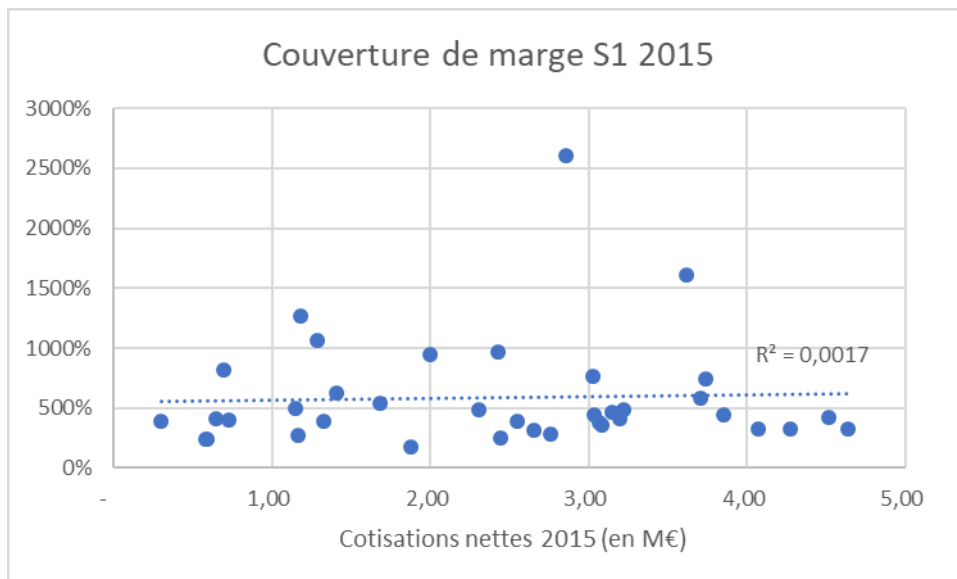


Figure 28 : Ventilation du taux de marge en norme Solvabilité 1 en 2015 Mutuelles dont le volume de cotisation est de moins de 5M€ (37 mutuelles)

Examinons maintenant ce qu'il en est en norme Solvabilité II (figure 29). Notre échantillon se réduit ici à 108 mutuelles soumises à Solvabilité II. La courbe de tendance a, sans surprise, un coefficient de détermination faible, mais affiche toutefois une tendance assez nettement négative. En moyenne, plus les mutuelles sont grandes, moins leur ratio de solvabilité est élevé. On peut

conjecturer, sans que cela puisse être établi ici, que les mutuelles les plus grandes sont aussi des résultats de fusions, voire de nombreuses fusions. Or, dans une fusion d'activité de même nature, donc sans facteur de diversification, les exigences en capital sont, peu ou prou, le résultat linéaire des exigences des entités fusionnées compte tenu des règles de calcul prévues par le règlement délégué de l'Union Européenne [UE, 2015]. On peut voir aussi à ce propos les simulations simplifiées de l'annexe 1 réalisées par madame Nelly Roux de la mutuelle Unéo : des non-linéarités mineures peuvent se produire cependant si les profils de provisions sont différents. D'autre part ces opérations de fusion peuvent coûter un peu en capital. Ceci pourrait être une des explications de la forme en « trompette légèrement descendante » du nuage de points de la figure 29.

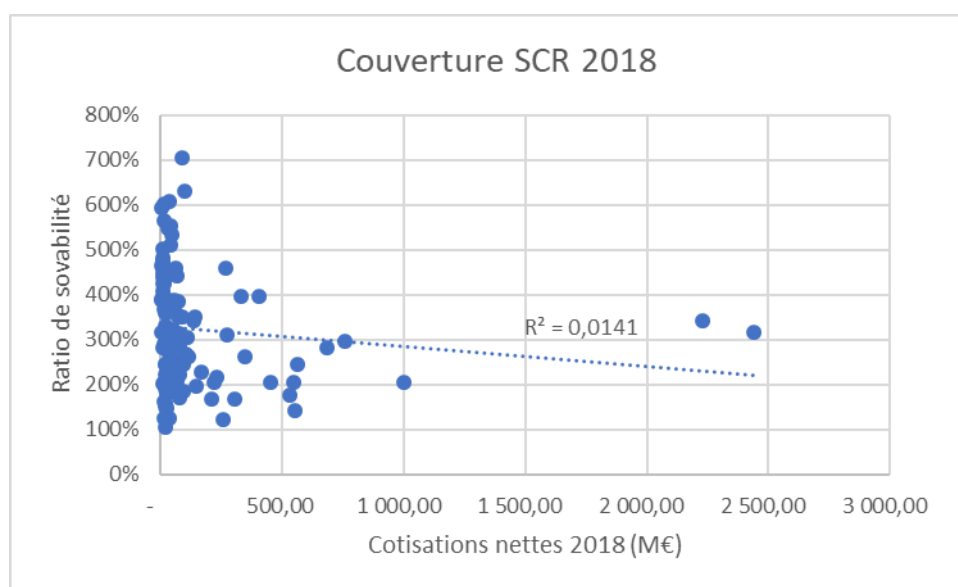


Figure 29 : Ventilation des ratios de solvabilité en fonction de la taille (108 mutuelles)
Sont exclues du calcul mes mutuelles non soumises à Solvabilité 2

Si l'on utilise cette fois les données agrégées calculées par le SFG et que l'on présente la moyenne des ratios de solvabilité en 2018, on met en avant également une corrélation décroissante, avec un coefficient de détermination honorable. Il y a toutefois une forme de pic sur la plage de taille 30-90M€, qu'il était difficile de voir sur le nuage de points de la figure précédente. Aucun groupe de taille n'est, en moyenne, en situation de fragilité en matière de solvabilité : toutes les moyennes sont supérieures à 250%. On peut disposer en effet d'une forme de référence avec les éléments donnés par l'ACPR : « Le taux de couverture du capital de solvabilité des assurances devrait atteindre 240% fin 2018, un niveau proche de celui de 2017 et de la moyenne européenne »⁸⁵.

⁸⁵ <https://www.argusdelassurance.com/les-assureurs/federations/bernard-delas-acpr-les-assureurs-doivent-poursuivre-leurs-efforts-d-adaptation.148095>

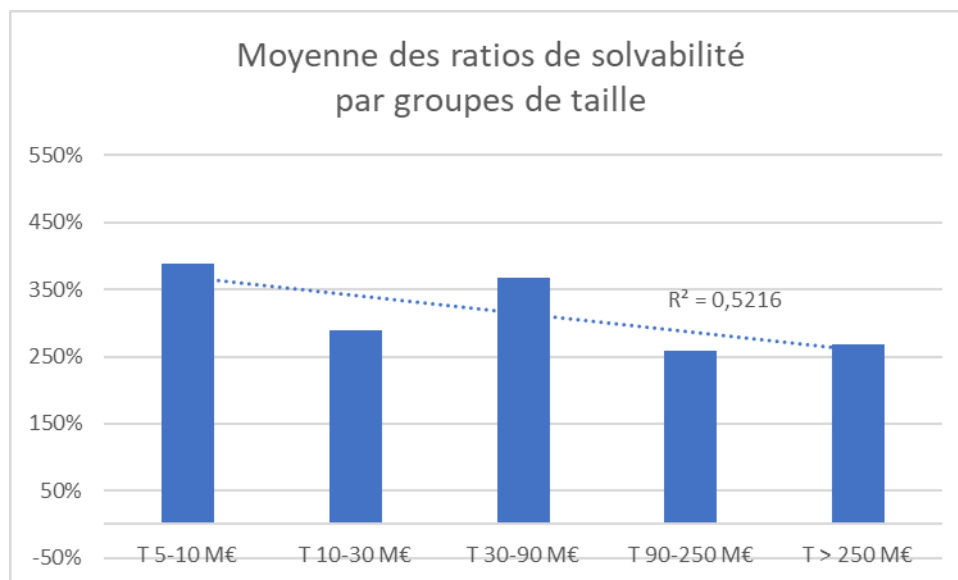


Figure 30 : Ratio de solvabilité moyen par groupes de taille (année 2018)

Sans surprise, les données observées semblent confirmer l'effet attendu, à savoir que la concentration, au sein d'un même secteur, donc sans effet de diversification, ne produit pas, au premier ordre, d'amélioration de la solvabilité moyenne. Elle confirme également en conséquence que, non seulement les exigences en capital ne sont pas, en moyenne⁸⁶, un problème à résoudre pour les mutuelles, mais que si c'était un problème global, une concentration entre mutuelles de même nature ne serait pas du tout en mesure, au premier ordre, de le résoudre globalement. Bien entendu cela n'empêche pas que des rapprochements puissent avoir comme motivation pour les uns de sortir d'une situation difficile, pour les autres de réaliser une croissance externe, tout en cherchant à pérenniser l'activité des mutuelles rapprochées.

II.3.c) Taille et frais de gestion

Nous analysons ici les données relatives aux frais de gestion. Nous recherchons notamment si nous pouvons mettre en évidence quelques tendances liées à l'appartenance à un groupe de taille. Tous les calculs sont effectués sur les données agrégées par groupe de taille précalculées par le SFG.

Examinons d'abord les moyennes, lissées sur trois ans par groupes de taille (Figure 31).

⁸⁶ Cela ne signifie pas du tout qu'aucune mutuelle ne rencontre un problème d'exigence en capital ou de perspective d'exigences en capital.

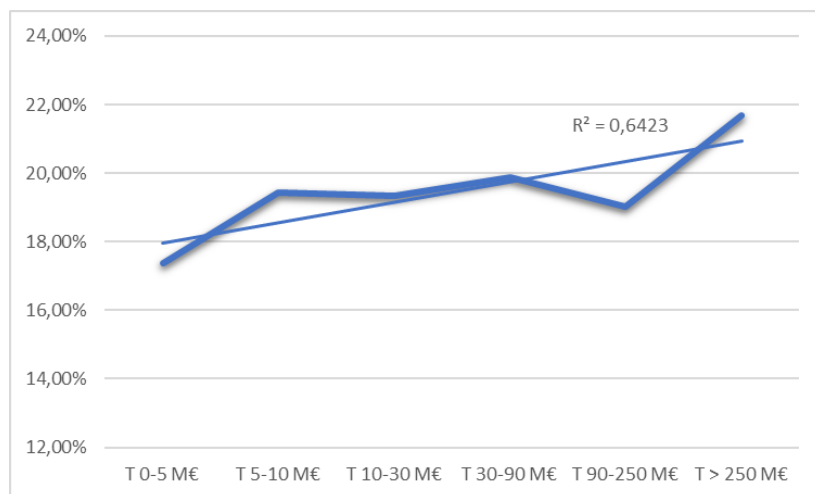


Figure 31 : Moyenne sur 3 ans (2015-2017) des frais de gestion par groupes de taille

L'analyse de la moyenne sur trois ans des frais de gestion par groupe de taille semble mettre en évidence :

- une assez grande homogénéité dans les 4 groupes médians ;
- deux extrêmes correspondant aux deux groupes extrêmes de taille, avec un différentiel très significatif de plus de 4,3 points ;
- une droite de tendance croissante avec un coefficient de détermination assez significatif.

En conséquence les frais de gestion ne semblent pas, sous cet angle d'analyse, diminuer avec la taille, les très petites structures présentant même un avantage très significatif par rapport aux plus grosses. Notons que le groupe 0-5 M€ n'est *a priori* pas soumis à Solvabilité II. Les frais de gestion des mutuelles de plus de 250M€ de CA, sont, en moyenne, plus élevés de près de 2 points par rapport aux autres groupes de mutuelles soumises à Solvabilité II.

Il convient toutefois de considérer en complément la dynamique d'évolution. La figure 32 présente tout d'abord l'évolution de la moyenne des frais de gestion, tous groupes confondus.

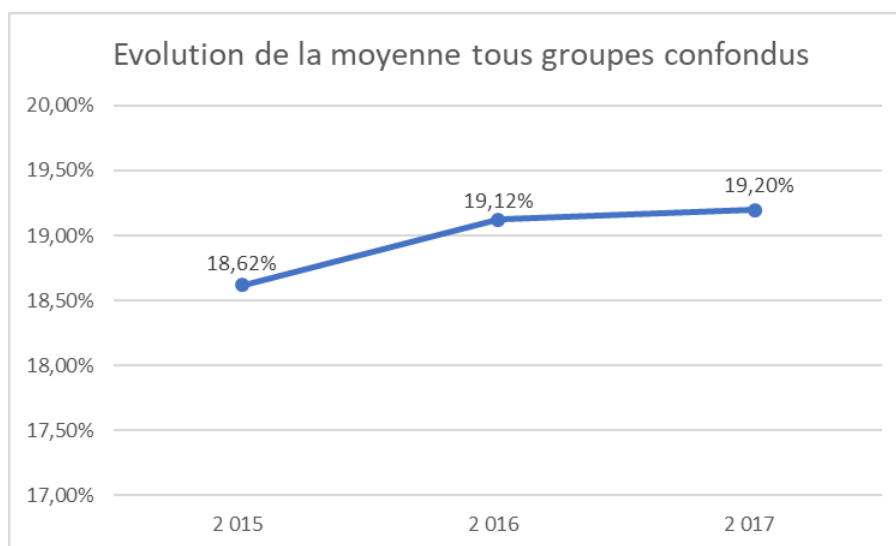


Figure 32 : Evolution de la moyenne des frais de gestion toutes tailles confondues (moyennes pondérées par la population des groupes)

L'évolution observée va dans le même sens que les rapports DREES en référence : les frais de gestion des mutuelles augmentent régulièrement sur la période, l'évolution entre 2016 et 2017 étant toutefois nettement plus faible que celle entre 2015 et 2016.

La figure 33 présente cette fois l'influence de la taille selon les années, avec les régressions linéaires associées.

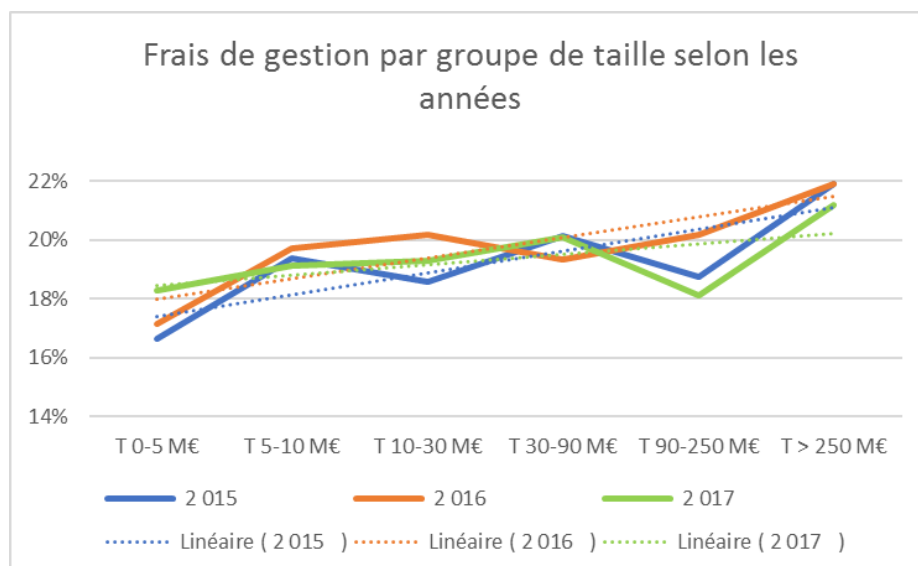


Figure 33 : Frais de gestion par groupe taille en fonction des années

Cet angle d'analyse semble mettre en évidence une forme de lissage avec le temps des différences intergroupes, qui tendraient à s'estomper, principalement par la hausse plus forte pour le groupe des plus petites et une tendance à la contraction pour les plus grosses. Une différence significative subsiste, mais l'avantage des petites mutuelles semble s'estomper avec le temps. Ce phénomène est bien illustré par la figure 34 qui présente cette fois l'évolution sur la même période, mais pour chacun des groupes de taille. La courbe en rouge pointillée est la moyenne tous groupes confondus, présentée à titre de comparaison.

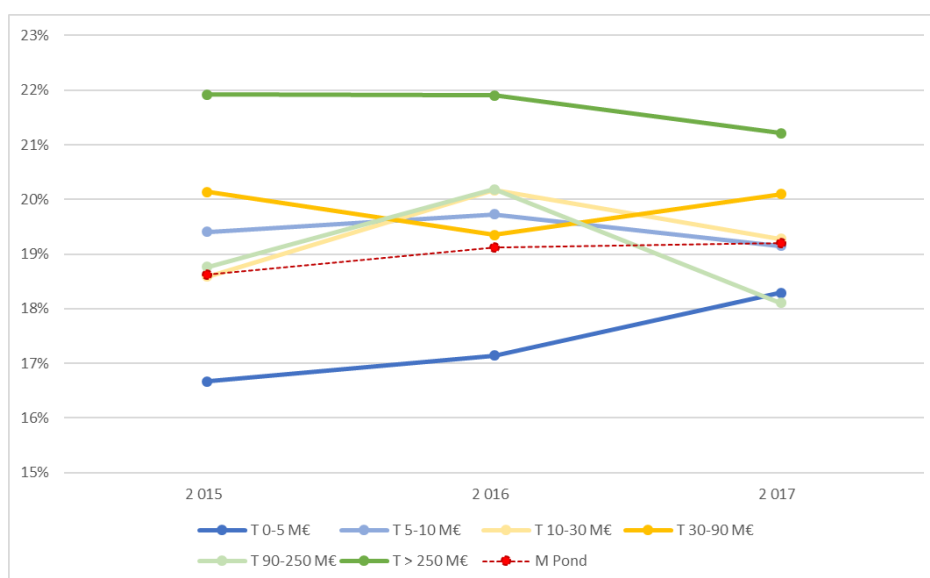


Figure 34 : Evolutions sur 3 ans des frais de gestions par groupes de taille et comparaison à la moyenne

On note que l'évolution semble différenciée par groupes de taille : elle est plus particulièrement portée par les petites mutuelles qui, étant les plus nombreuses, pèsent dans l'évolution de la moyenne. Comme pour la moyenne par groupe, on peut voir deux tendances opposées entre les deux groupes extrêmes :

- des frais de gestion très faibles mais en hausse significative pour les très petites mutuelles ;
- des frais de gestion parmi les plus élevés pour les plus grandes mais en contraction depuis 2015.

Les 4 groupes médians restent assez resserrés avec des évolutions irrégulières conduisant à une quasi-stabilité.

L'analyse des données par groupe de taille semble mettre en évidence que :

- les mutuelles de très petite taille, a priori non soumises à Solvabilité II ont des frais de gestion nettement plus faibles mais qui se dégradent plus que dans les autres groupes de taille ; rappelons toutefois aussi que la figure 22 nous montrait qu'il y avait une très grande dispersion de ces taux de frais de gestion quand on regardait les 100 plus petits organismes, ce qui ne peut se voir sur les moyennes ;
- la taille des mutuelles de plus de 250 M€ ne semble pas constituer un avantage, voire handicape le taux de frais de gestion, ce qui pourrait laisser penser :
 - soit à un début de « déséconomies d'échelle », avec toutefois une optimisation qui s'amorce ou se poursuit ;
 - soit que les plus grosses mutuelles font partie de celles qui ont accueilli des regroupements, facteurs de surcoûts au moins temporaires comme le suggère la DREES [2019, p.51] (« *La plus forte restructuration du secteur mutualiste au cours des dernières années (fusions, absorptions, qui engendrent des coûts sur les systèmes d'informations) contribue à expliquer cet écart* », les économies n'étant dégagées qu'ultérieurement et progressivement ;
 - soit que les grandes mutuelles sont plus souvent celles qui ne sont pas sur, ou ont quitté, des « marchés de niche », pour viser une population toujours plus large ; en conséquence un important différentiel de frais de commercialisation (réseaux de distribution, frais de publicité,...) les distingueraient d'autres mutuelles de taille plus modestes mais opérant sur des « niches » ;
 - soit encore une combinaison de ces facteurs.

En tout état de cause, quels que soient les facteurs, les frais de gestion des plus grosses mutuelles, observés sur 2015-2017 sont, en moyenne, nettement plus élevés que ceux des autres.

Il est toutefois délicat d'en conclure qu'il y a un effet de taille défavorable. En effet, la très intéressante étude de Leduc et Montaut [2018], experts de la DREES, met fortement en évidence l'effet majeur sur certaines performances, dont les frais de gestion, de la spécialisation de certains OCAM, que l'on peut assimiler à des « effets de niche ». Les auteurs indiquent d'ailleurs que ces effets, au demeurant principalement observés en secteur non lucratif, bénéficiaient bel et bien aux assurés.

En tout état de cause :

- notre analyse ne semble pas mettre en évidence d'économies d'échelle positives sur les frais de gestion, sans qu'il soit possible de dire si cela s'explique par des « effets de niches », par les coûts induits par les fusions, ou encore par des phénomènes de « déséconomies d'échelle » qui seraient perceptibles dès l'atteinte d'une taille de 250 M€ de cotisations ;
- les mutuelles non soumises à Solvabilité II semblent disposer d'un net avantage en matière de frais de gestion ; toutefois cet avantage semble s'éroder.

Cependant, la période d'observation reste courte pour dégager des tendances certaines.

On peut néanmoins se demander à l'inverse, comme Thierry Beaudet déjà cité et en cohérence avec les constats de la DREES déjà mentionnés sur l'inflation des frais de gestion, si l'ensemble des réformes et bouleversements auxquels sont soumis les OCAM ainsi que le mouvement de concentration lui-même, ne seraient pas, encore à ce stade, tout simplement destructeurs de valeur pour les assurés, en dépit d'une concurrence acharnée qui paraît largement encouragée, comme en témoigne la mise en place de la résiliation infra-annuelle, qui au demeurant pourrait entraîner des coûts supplémentaires pour les OCAM⁸⁷.

II.3.e) Taille et résultats

La comparaison du taux de résultat en fonction des groupes de taille semble faire apparaître un effet de taille assez net (figure 35) : plus les mutuelles sont petites, plus elles auraient, en moyenne, un ratio de résultat élevé.

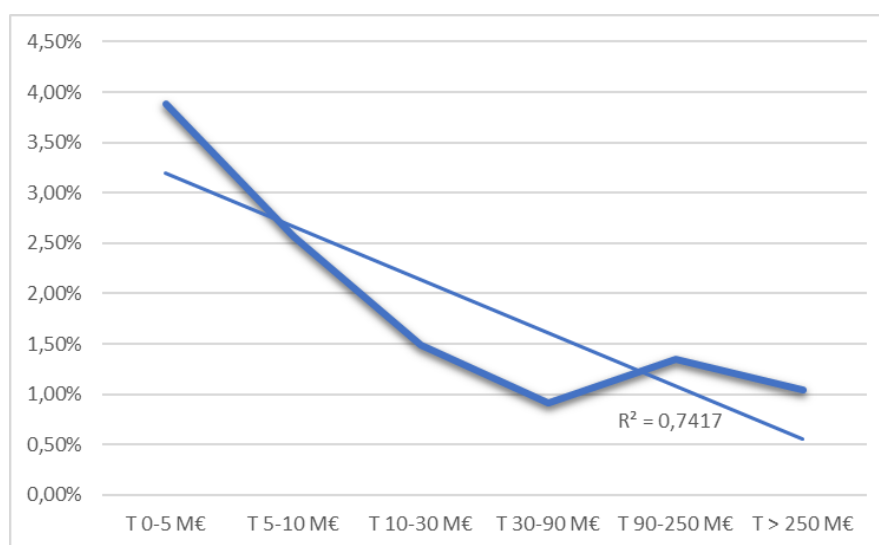


Figure 35 : Moyenne sur 3 ans (2015-2017) du ratio de résultat par groupes de taille

⁸⁷ Quelques difficultés potentielles pour les OCAM, les professionnels de santé et les assurés en matière de fonctionnement du tiers payant sont à redouter. Les OCAM sont invités à « investir » dans les outils numériques pour résoudre le problème que la loi crée : « le projet de loi confie aussi à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) la mission de s'assurer du déploiement des services numériques par les assureurs, avant l'entrée en vigueur du texte ». Il serait intéressant d'étudier dans quelques temps le « ROI » de cette loi, c'est-à-dire le rapport coût/bénéfice pour l'assuré : balance entre d'une part les gains espérés sur le pouvoir d'achat en stimulant une concurrence pourtant déjà acharnée et coûteuse en publicité et d'autre part les surcoûts divers que seul l'assuré finira toujours par payer.

Cette analyse cache une forte volatilité des résultats pour les plus petites mutuelles. La figure 36 montre la dispersion avec les données de l'année 2018 cette fois. Sur cette même année, les plus grosses mutuelles semblent avoir des résultats plus faibles en moyenne, mais aussi mieux maîtrisés (presque tous positifs), notamment au-dessus de 100M € (figures 36 et 37).

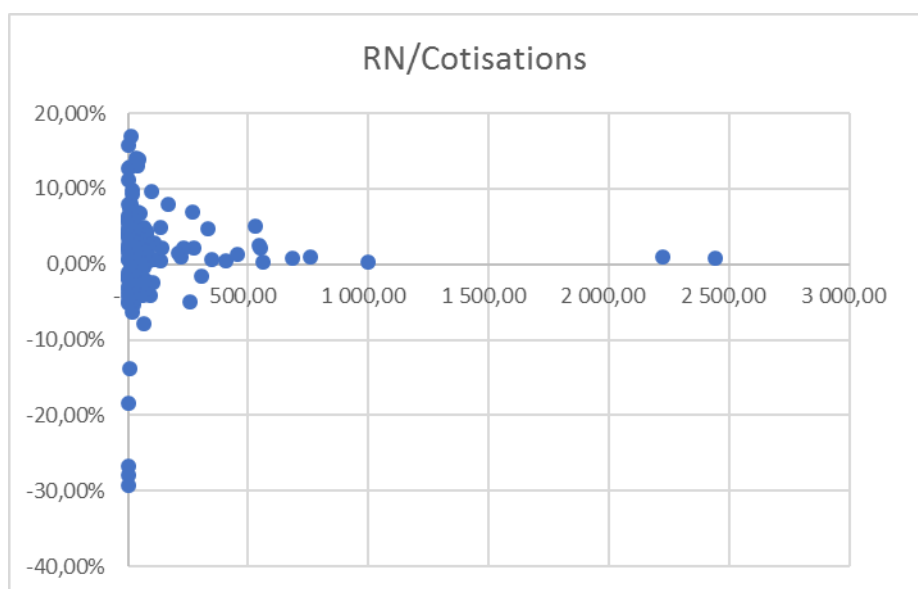


Figure 36 : Résultat net en fonction de la taille (année 2018)

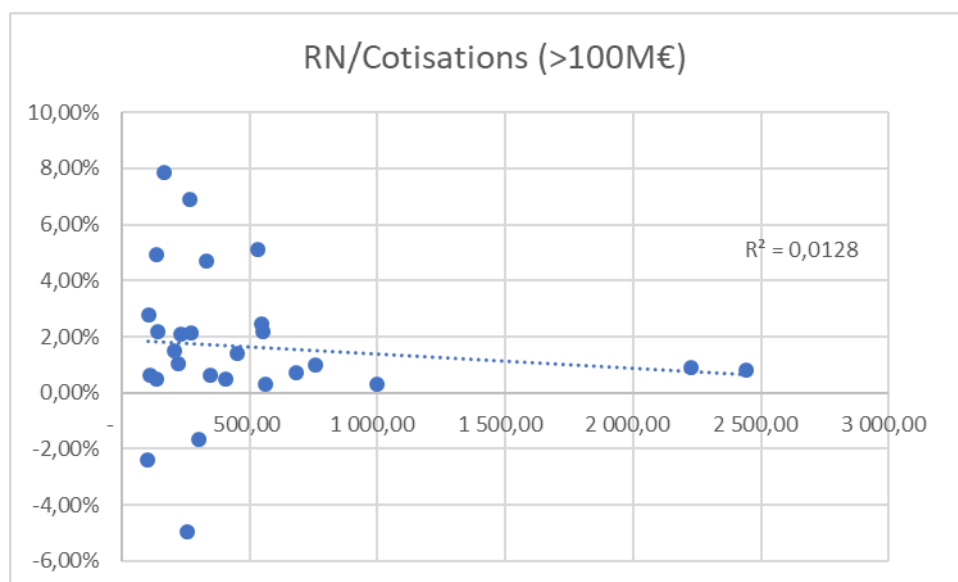


Figure 37 : Résultat net en fonction de la taille (mutuelles de plus de 100 M€)

A contrario, en dessous de 100 M€, les taux de résultat sont en moyennes plus élevés, avec des valeurs extrêmes très fortes et une grande dispersion. La tendance est légèrement haussière avec la taille et la présence de résultats fortement négatifs diminue également (figure 38).

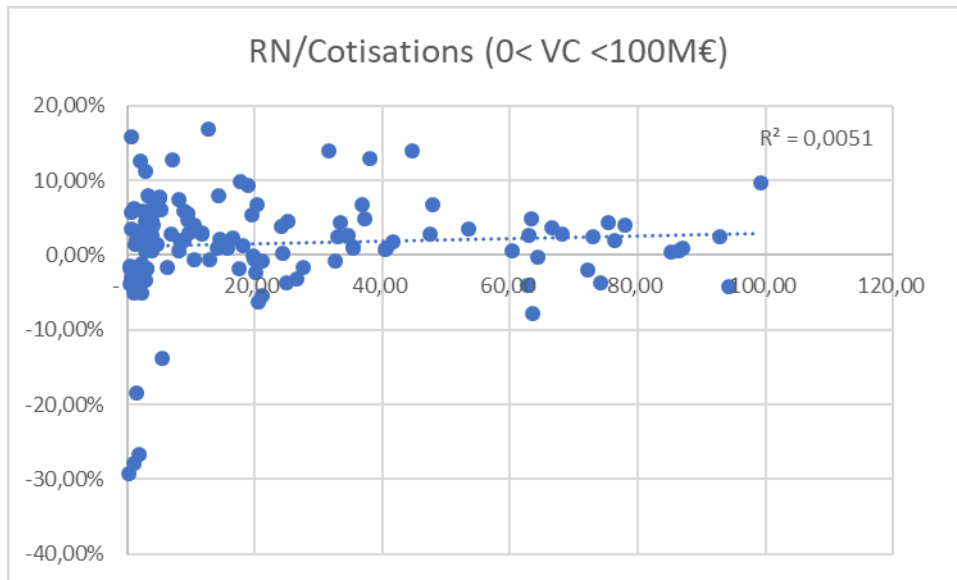


Figure 38 : Résultat net en fonction de la taille (mutuelles de moins de 100 M€)

L'analyse de la dynamique sur les moyennes par groupes semble par ailleurs mettre en évidence que les écarts se resserrent. Les écarts intergroupes semblent s'amenuiser avec le temps, principalement parce que les très petites mutuelles voient leurs taux de résultat moyen se rapprocher de la moyenne (figures 39 et 40).

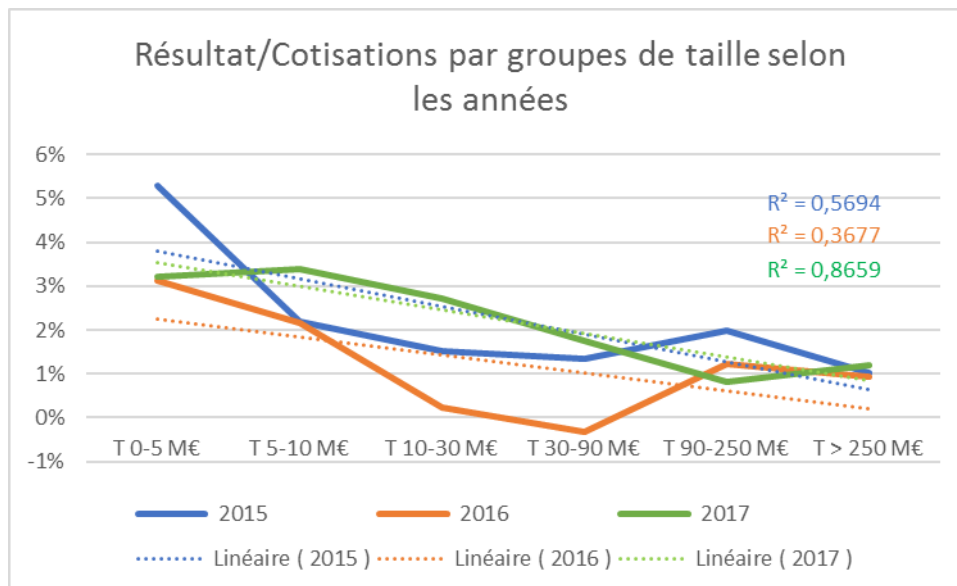


Figure 39 : Ratio de résultat en fonction des groupes de taille, selon les années

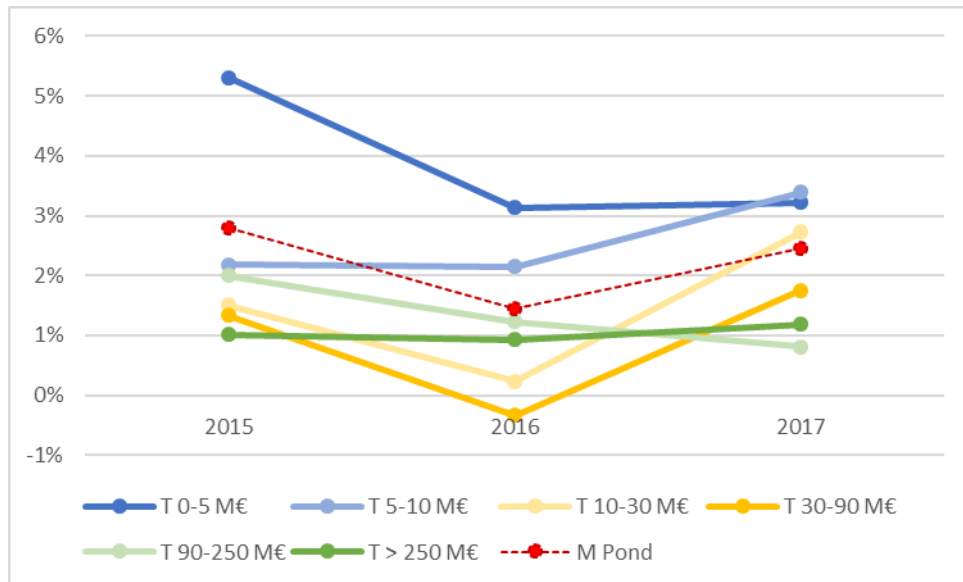


Figure 40 : Ratio de résultat en fonction des années, selon les groupes de taille et comparaison à la moyenne (pointillé rouge).

L'évolution globale du résultat (figure 41) semble volatile et en tendance baissière.

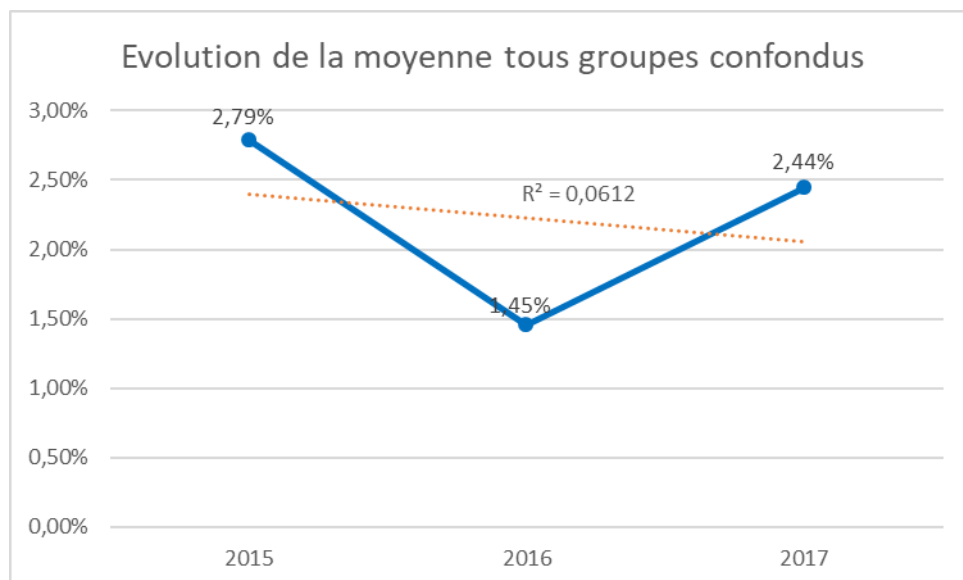


Figure 41 : Evolution du ratio de résultat sur 3 ans toutes tailles confondues (moyennes pondérées par la population des groupes)

II.3.d) Taille et ratio prestations sur cotisations

L'analyse du ratio de prestations sur cotisations par groupe de taille est présentée sur la figure 42. Elle ne fait pas apparaître très clairement d'effet de taille. Il semble y avoir une chute au seuil des 5 M€, en partie cohérente de l'analyse des frais de gestion que l'on vient d'examiner.

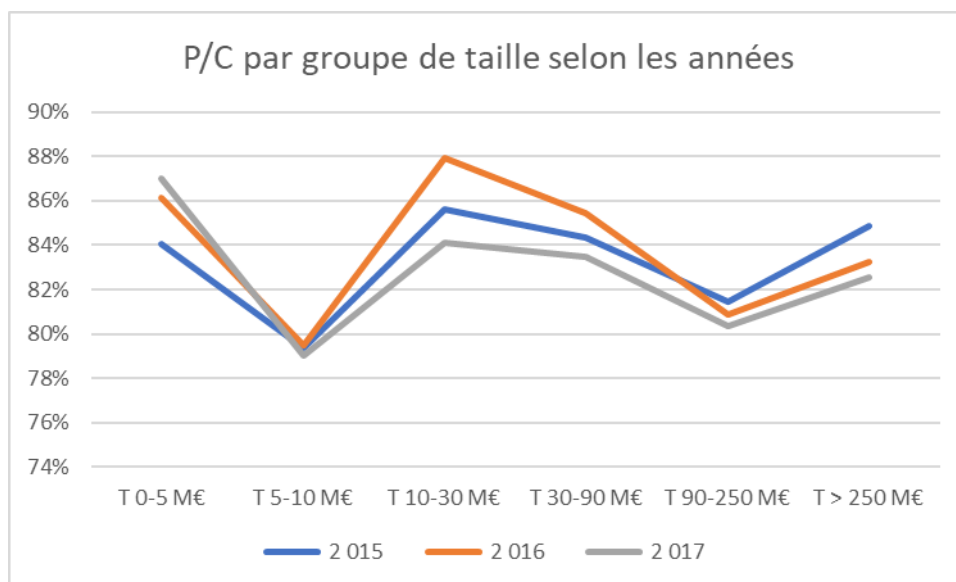


Figure 42 : Ratio prestations/cotisations par groupes de taille selon les années.

Examinons la vision globale « compte de résultat » de la figure 43 qui permet de se rapprocher de notre modèle simplifié évoqué au début du I.2.a). Elle permet de combiner la vision P/C avec la vision des résultats.

Elle peut notamment faire apparaître un « pseudo » ratio combiné en additionnant P/C et taux de frais de gestion (barres bleues et orange superposées). Le résultat net apparaît en vert en sus. La ligne rouge en pointillés au niveau 100% permet, d'une part de situer le résultat technique, par différence avec le ratio combiné et, d'autre part, de donner une idée approximative de la contribution du résultat financier au compte de résultat (différence entre les trois valeurs superposées et 100%).

Il est précisé que, comme nous additionnons ici des données agrégées calculées sous forme de moyennes non pondérées, les « sommes » correspondant à la superposition des barres ne donnent sans doute pas un résultat correct. Par ailleurs il s'agit d'une moyenne de résultat net et non de résultat avant impôts. Cette analyse reste approximative et tendancielle.

Il apparaît que le groupe 5-10 M€ semble handicapé par son résultat financier, de même que le groupe 90-250. Cette analyse n'est que partiellement cohérente avec les ratios de solvabilité. La comparaison avec les ratios de solvabilité (figure 30) peut laisser penser toutefois que plus les mutuelles sont grandes, mieux elles tirent profit de leurs placements (comparaison relative des ratios et des niveaux de résultat financier estimés). Nous n'avons toutefois pas approfondi cette analyse.

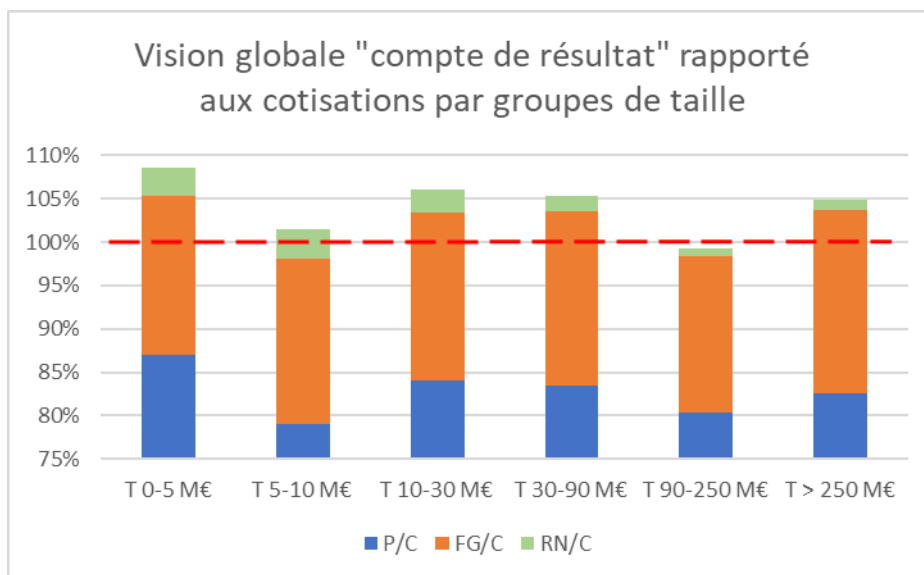


Figure 43 : Vision globale « Compte de résultat » rapporté aux cotisations, par groupes de taille.

II.3.e) Quelques conclusions

Les analyses qui précèdent sur les données étudiées mettent en évidence :

- qu'à ce stade du mouvement de concentration, les mutuelles restent bien capitalisées avec des ratios de solvabilité souvent très confortables ; certaines mutuelles sont cependant dans une zone de fragilité ou proches de celle-ci ; cela peut concerner des mutuelles petites, moyennes voire même assez grosses ;
- un effet de taille est mis en évidence sur les ratios de solvabilité : plus les mutuelles sont petites, plus, en moyenne, leur ratios sont élevés ; on peut penser que le mouvement de concentration n'améliore pas les ratios de solvabilité moyens ; il ne permet que d'éviter les défaillances de mutuelles en difficulté sur ce plan ;
- un effet de taille apparent sur les frais de gestion allant dans un sens inverse de celui qui serait attendu d'une logique d'économies d'échelle, avec par ailleurs une forme de « seuil à 5 M€ » ; il est difficile de faire la part des choses entre effets de taille au sens strict et éventuels effets de « spécialisation » qui sont susceptibles d'être corrélés avec la taille ; par ailleurs les taux de frais de gestion sont très dispersés (cf. figure 22) ;
- un résultat qui paraît mieux piloté et moins volatil pour les mutuelles de taille plus importante mais aussi plus faible (ce qui peut être délibéré) ; les petites mutuelles ont en moyenne un résultat plus élevé, mais beaucoup plus volatil qui peut créer des situations de fragilité importante, aujourd'hui sans doute encore maîtrisables grâce à une forte capitalisation moyenne.

Il est difficile de mettre en évidence de façon très probante des effets de taille significatifs en lien avec la théorie économique, sur la seule base des données analysées. Globalement la situation des petites mutuelles n'apparaît pas si précaire, en moyenne, avec notamment une bonne capitalisation. Mais les écarts sont importants et très dispersés, notamment en matière de résultats et de taux de

frais de gestion. Leur situation semble aussi plutôt se fragiliser. Les mutuelles les plus grandes semblent dans une situation plutôt saine, stable et conforme, en ce qui concerne les résultats, à leur statut d'organisme non lucratif. Elles semblent maîtriser la dérive des frais de gestion, voire commencer à les réduire.

II.4. Enjeux de la taille en complémentaire santé : tentative de synthèse

II.4.a) La « taille critique » en complémentaire santé : un concept fragile ou trop vague

L'ensemble des considérations et analyses effectuées dans ces deux premières parties nous conduisent à conclure que parler de « taille critique » en complémentaire santé, sans plus de précision, se révèle en réalité inopérant et ne peut guider aucune mutuelle dans ses choix.

La « taille critique », lorsque certains l'identifient à un moment donné et en fonction de certains critères, risque de toute façon fort d'être une cible mouvante.

Nous pouvons rapprocher ce constat de certains propos récents de l'ACPR qui semblent nuancer la pertinence du concept, sans pour autant écarter l'importance des économies d'échelle.

La FNMF restitue une intervention de Bernard Delas devant les dirigeants effectifs de la mutualité [FNMF, 2019]. Disposant d'une position d'observation particulièrement privilégiée en tant que vice-président de l'ACPR, il aborde la question sous un angle que l'on peut considérer pragmatique et modéré, qui rompt avec l'idée qu'il existerait *une* taille critique dans le domaine après laquelle il faudrait courir. Il suggère que les regroupements ne sont pas toujours la panacée et que leur utilité s'entend bien s'ils permettent, dans les faits, de dégager des effets d'échelle. La FNMF restitue ainsi certains éléments de son intervention : « *La consolidation n'est pas la voie nécessairement privilégiée par l'ACPR. Selon elle, des « petites mutuelles ont la taille critique », d'autres, plus grandes, ne l'ont pas atteinte... Pour Bernard DELAS, atteindre les objectifs implique d'avoir posé un chemin conduisant à un modèle plus rentable que celui de chacune des composantes qui se sont réunies. « La clé est de regarder la réalité des chiffres et de prendre un chemin permettant de faire des économies d'échelle » » [FNMF, 2019].*

Une façon détournée peut-être de dire que la question de la course à la taille n'est pas ou plus le sujet pour beaucoup de mutuelles, qu'il n'existe pas de « Graal » de taille critique et qu'il faut seulement des approches concrètes et pragmatiques. Les défis sont donc à rechercher ailleurs, dans un modèle économique⁸⁸ pérenne et une saine gestion.

Comme nous l'avons vu dès le II.1.a), le concept de taille critique relève plus d'un discours managérial voulant étayer certaines orientations. Mais il est aussi un concept fragile ou trop vague, essentiellement relatif à un contexte et à une stratégie. Il ne saurait donc y avoir de réponse affirmative unique à la question titre de cette partie. Au mieux pourrait-on parler de différentes tailles critiques

⁸⁸ Par « modèle économique » il faut entendre ici une notion large qui englobe la question des équilibres techniques certes, mais surtout l'approche stratégique, le modèle de cible (qu'il soit affinitaire ou autre) et de création de valeur pour les adhérents.

ou plutôt de seuils de taille lorsque l'on considère différentes dimensions de la gestion et de la stratégie.

Cela ne veut pas dire que la taille ne joue aucun rôle, comme nous l'avons déjà largement examiné dans cette partie. Cela n'invalide pas non plus tout scénario de rapprochement. Simplement celui-ci doit faire sens, indépendamment de la seule recherche d'une taille supposée indispensable, sans perdre de vue que les regroupements engendrent aussi des coûts supplémentaires.

II.4.b) Des mutuelles de pratiquement toutes les tailles sont potentiellement viables, sous conditions

Lefèvre [2001, p.35] observe que « *la spécialisation et la segmentation sont à l'origine du succès des mutuelles : une population assurée relativement homogène, combinée à une bonne connaissance du portefeuille, leur procure un avantage stratégique en matière de coût, et donc de tarif pratiqué* » [Lefèvre, 2011]. Ce dernier point est clairement l'effet, positif pour les adhérents des mutuelles « spécialisées », décrit dans [Leduc, Montaut, 2017].

Lefèvre poursuit : « *Quid donc de cette spécialisation face aux contraintes de taille et de diversification ? Les petites et moyennes mutuelles, qui conservent un ancrage historique fort, sont-elles les plus fragiles ? Paul Coulomb, commissaire contrôleur chargé des mutuelles à l'ACP, considère que la spécialisation est plutôt de nature à protéger certaines mutuelles de la concentration* : « Il existe des mutuelles qui ne sont pas très grandes, qui ont trouvé des niches, des créneaux, sur lesquels elles répondent à un besoin. Elles ont su se bâtir une réputation et fonctionnent très bien. Je pense donc que les mutuelles les plus menacées sont celles de petite ou de moyenne taille et qui n'ont aucune spécificité ». Jean Azéma, à qui l'on pose la question de savoir s'il restera ou non des petites mutuelles d'assurance dans dix ans, opère également une distinction entre mutuelles généralistes et mutuelles spécialisées...pour en arriver à la conclusion inverse : «Le risque est que, se situant sur une seule niche, le jour où les grands acteurs décident d'attaquer cette niche, elles présentent une certaine vulnérabilité » ».

Nous avons développé, au cours des analyses conduites depuis le début de ce mémoire et en écho aux considérations rapportées par Lefèvre [2011] qui précèdent ou encore aux nombreux propos recueillis par Garcia [2018]⁸⁹, deux convictions qui pourraient paraître contradictoires, mais dont nous estimons plutôt que l'une nuance l'autre :

- des mutuelles de toutes tailles sont viables, même en dessous du seuil « de proportionnalité⁹⁰ », dès lors qu'elles disposent d'une stratégie ou d'un positionnement « de niche » pérenne ; la situation sera néanmoins très difficile pour celles qui sont juste au-dessus du seuil (typiquement celles dans la tranche 5-25 M€ et peut-être même jusqu'à

⁸⁹ Le mémoire de Corinne Garcia « Quel avenir pour les petites mutuelles ? » a recueilli de très nombreux propos de responsables mutualistes et de la FNMF sur cette question, qu'il serait trop long de reproduire ici. On pourra plus particulièrement se reporter aux pages 65, 71, 72, 74, 75, 76, 80 et 81.

⁹⁰ En référence au « principe de proportionnalité » prévu par la directive Solvabilité II. Il conduit à ce que les organismes respectant certains critères de taille (5M€) ou de niveau de provisions techniques utilisent le référentiel Solvabilité 1 plutôt que celui de Solvabilité II.

100 M€) ; la révision de la directive sur le seuil de proportionnalité pourrait toutefois alléger considérablement leurs difficultés ;

- la possibilité ou probabilité de viabilité à moyen-long terme de telles stratégies et positionnement « de niche » paraît compromise ; ceci peut potentiellement impacter des mutuelles de toutes tailles dont la situation peut finalement être vulnérable à terme.

Nous ajoutons *a contrario* qu'une mutuelle « généraliste », donc sans spécialisation ou stratégie « de niche », de trop petite taille, ne saurait aujourd'hui assurer que difficilement son avenir. Philippe Braghini de la FNMF s'exprimait ainsi à ce propos : « *Une mutuelle de 200 000 adhérents, c'est très difficile, on n'est pas suffisamment petit pour être sur un créneau, et, on n'est pas suffisamment grand pour avoir un pouvoir très fort pour agir. Il faut trouver une logique.* » [Garcia, 2018]. Cela nous fournit une transition vers les considérations qui suivent.

II.4.c) La taille compte néanmoins : proposition de quelques seuils

Nous résumons et reprenons ici les considérations relatives à différents seuils de taille identifiés à l'occasion de nos travaux. Nous présentons des plages de taille en proposant quelques éléments susceptibles de les caractériser, **en ce qui concerne les mutuelles**. Certaines considérations pourraient toutefois s'appliquer à d'autres types d'assureurs.

Ces seuils ne sont qu'une maille grossière. Seul le premier seuil est fondé assez précisément. Les autres relèvent une démarche à caractère heuristique qui se veut néanmoins étayée par les considérations de l'ensemble de cette deuxième partie. Cette vision n'a pas vocation à être statique. Elle peut par exemple évoluer notablement avec la réglementation.

Par ailleurs, le filtre d'entrée est celui d'une mutuelle prise isolément. Les caractéristiques ou difficultés avancées peuvent être modulées en fonction de l'existence de partenariats ou encore de l'appartenance à un groupe.

A. De 0 à 5 M€

- Dans cette plage de taille le risque lié à la volatilité des sinistres ne peut pas être écarté.
- Le seuil d'application de Solvabilité II procure un avantage relatif sensible sur les frais de gestion, tout comme la taille réduite qui entraîne une gestion nettement moins complexe.
- En dehors de cet avantage, des économies d'échelle seraient vraisemblablement nécessaires face aux évolutions de l'environnement. Il y a un risque de dérive des frais de gestion. On peut considérer être en zone des « rendements croissants » au sens du II.1.b), mais l'effet de seuil à 5M€ est à considérer : toute éventualité de croissance au-delà du seuil de 5M€⁹¹ doit être mûrement réfléchi.
- Recruter des talents peut être difficile, néanmoins la complexité de gestion et les règles applicables en matière de Solvabilité ne nécessite pas des ressources trop rares.
- Les moyens d'affronter une concurrence agressive seraient très limités. Il ne paraît pas possible d'amortir un réseau commercial important.
- La capacité à piloter son résultat est limitée et celui-ci peut être volatil.

⁹¹ Cette considération ne vaut bien sûr que si le seuil ne change pas dans le cadre de la révision qui se profile.

-
- Lever du capital pour croître est très difficile lorsque les ratios de solvabilité sont faibles.
 - La notoriété ne paraît pas accessible au-delà de sa clientèle (sauf forte capacité d'investissement).

Hors positionnement « de niche » (ou de « spécialisation ») solidement établi, cette plage peut être considérée comme non viable, sauf de façon temporaire⁹². Lorsque la capitalisation est juste suffisante, il y a également une situation potentiellement risquée de vulnérabilité.

B. De 5 à 25 M€

- Dans cette plage de taille le risque de volatilité des sinistres ne peut pas totalement être écarté mais il tend à se réduire rapidement.
- Juste au-dessus du seuil d'application des règles de Solvabilité II, c'est sans doute la plage de taille la plus touchée par ces contraintes (l'effet de seuil est visible dans notre analyse du II.3) ; ces coûts fixes sont difficiles à amortir ; sans évolution du seuil dans le cadre de la révision qui se prépare, la situation des mutuelles dans cette plage restera difficile.
- Des économies d'échelle seraient vraisemblablement nécessaires face aux évolutions de l'environnement. Il y a un risque de dérive des frais de gestion. On est toujours en zone des « rendements croissants » au sens du II.1.b).
- Lever du capital pour croître est très difficile lorsque les ratios de solvabilité sont faibles.
- Recruter des talents peut être difficile alors que la gestion commence à soulever des questions plus complexes.
- La notoriété ne paraît pas accessible au-delà de sa clientèle (sauf forte capacité d'investissement).

Hors positionnement de niche (spécialisation) solidement établi, cette plage peut être considérée comme très délicate.

C. De 25 à 100 M€

- Le risque de volatilité des sinistres peut être considéré comme écarté.
- Les exigences qualitatives pèsent encore très lourdement sur les frais de gestion
- Des économies d'échelle seraient vraisemblablement nécessaires face aux évolutions de l'environnement. Il y a un risque de dérive des frais de gestion. On est toujours en zone des « rendements croissants » au sens du II.1.b).
- Recruter des talents peut encore être difficile et la gestion est complexe
- Lever du capital pour croître est difficile lorsque les ratios de solvabilité sont faibles.
- La notoriété paraît difficile à développer ou financer.

Une stratégie généraliste hors spécialisation paraît très difficile à mener.

Nota : Alan est aujourd'hui entré dans cette plage

D. De 100 à 500 M€

- Le risque de volatilité des sinistres est totalement écarté.
- A partir de 100 M€ les économies d'échelle se font réelles.

⁹² Alan est sorti de cette plage un peu plus d'un an après sa création.

-
- Le poids relatif des exigences qualitatives de Solvabilité II s'amenuise sensiblement.
 - Les économies d'échelle se développent vraisemblablement encore rapidement lorsque l'on progresse dans cette plage de taille. On est toujours en zone des « rendements croissants » au sens du II.1.b).
 - Il devient plus facile d'attirer des talents.
 - La notoriété au-delà d'un positionnement de spécialisation est envisageable mais difficile (présence dans le TOP 50 des OCAM au-delà de 150 M€).

Une stratégie de généraliste reste délicate à mener.

E. De 500 à 1 000 M€

Sans parler de « taille critique », dont nous avons écarté le concept trop réducteur, le seuil approximatif de 500 M€ pourrait marquer l'entrée dans une forme de maturité dans plusieurs domaines :

- Le risque de volatilité des sinistres est totalement écarté ;
- Les économies d'échelles sont significatives ;
- Un premier stade de pouvoir de marché ou plutôt de capacité à l'affronter doit pouvoir s'envisager selon les marchés ;
- Les marges de manœuvre doivent pouvoir permettre d'investir pour se développer ;
- Le marché des talents s'ouvre plus facilement ;
- Une certaine notoriété est accessible (présence dans le TOP 20 des OCAM).

Certains risques peuvent aussi émerger :

- les économies d'échelles devraient aussi commencer à stagner et devenir limitées voire très limitées ; on entre sans doute cette fois en zone « zone d'efficacité » au sens du II.1.b) ;
- émergence du risque sur la réalité de l'*affectio societatis*, voire quant à la dilution des valeurs mutualistes ou encore quant à la capacité à entretenir une réelle vie militante ;
- le cas échéant, tentation de la course à la taille généraliste au détriment d'un positionnement solide de spécialisation ;
- pour les généralistes : concurrence frontale avec des opérateurs puissants.

7 mutuelles, 2 Institutions de Prévoyance et 8 assureurs sont dans cette plage en santé [CMU, 2018].

F. 1 000 M€ et au-delà

A l'échelle de la mutualité, on rentre dans la gamme des « très grands », même si c'est un positionnement en CA global modeste dans le paysage des assureurs toutes activités et toutes structures juridiques confondues [XERFI, 2019].

En ce qui concerne la seule activité santé : 2 mutuelles ont atteint cette taille, tout comme 2 Institutions de Prévoyance et 1 assureur généraliste capitaliste [CMU, 2018].

Pour les mutuelles de cette plage :

- le risque de volatilité des sinistres est totalement écarté ;

-
- les économies d'échelles ont déjà vraisemblablement atteint un plafond⁹³ ; sans doute encore en zone « zone d'efficacité » au sens du II.1.b) en début de plage, on risque d'en atteindre les limites ;
 - le pouvoir de marché se développe certainement et des stratégies offensives de conquête de part de marché nécessitant des moyens importants sont largement envisageables ;
 - le recrutement de talents, même de très haut niveau, n'est plus un problème ;
 - la notoriété est acquise (présence dans le TOP 5 des OCAM).

Néanmoins quelques risques majeurs émergent ou deviennent plus élevés pour les mutuelles de cette plage :

- il faut sérieusement considérer la possibilité de phénomènes de « déséconomies d'échelle » et mettre en place des dispositions permettant de les limiter ou d'en éliminer les facteurs (par exemple avec une certaine gestion décentralisée) ; l'entrée en zone des « rendements décroissants » au sens du II.1.b) est possible à l'intérieur de cette plage ;
- l'érosion ou la dilution des valeurs mutualistes est possible ; maintenir la réalité de l'*affectio societatis* et de la vie militante est un défi majeur ;
- le risque de « dégénérescence progressive » vers des logiques totalement similaires aux sociétés capitalistes ne peut pas être exclu (cf III.2.b).D).

G. La taille est la conséquence de la stratégie plus que son essence

Finalement, et c'est heureux, on peut considérer que la taille résulte de la stratégie plus qu'elle ne doit la guider et que chaque plage de taille entraîne son lot d'analyse, d'actions et de précautions dont la stratégie et surtout sa mise en œuvre tiendront compte.

Les éléments proposés ici se veulent aussi un guide de réflexion pour l'élaboration de la stratégie et peut-être la raison d'être de l'opérateur considéré.

Nous le compléterons et commencerons à l'utiliser pour tenter de cerner quelques exemples de stratégies génériques dans la partie III.

La taille peut sans doute aujourd'hui, globalement, être considérée comme contingente. Sa distribution banale en courbe de Pareto observée au II.3.a) ne serait pas en contradiction avec cette idée.

II.4.d) Si la taille est globalement contingente, où sont les défis ?

Un rapport de l'institut d'étude XERFI propose une synthèse en cinq « enjeux et défis clés » pour les mutuelles du code de la mutualité [XERFI, 2019, p.20 à 24] :

- « ne pas sous-estimer l'ampleur des bouleversements » ;

⁹³ Ceci ne doit pas s'entendre au sens strict quant à l'impossibilité d'améliorer les frais de gestion. Il est toujours possible de développer une politique active de réduction de ces frais, même si elle a forcément des limites. Mais chercher à la réduire seulement par un effet de taille commence sans doute à être vain.

-
- « *trouver sa place dans un paysage en pleine recomposition* » ;
 - « *capitaliser sur les valeurs du mutualisme* » ;
 - « *accroître la résilience de modèles trop peu diversifiés* » ;
 - « *intégrer les apports des nouvelles technologies* ».

On peut toujours trouver d'autres formulations, ajouter des nuances ou quelques éléments, mais ce prisme d'analyse des défis paraît tout à fait pertinent. On voit d'ailleurs que celui-ci ne semble pas placer la taille au cœur des sujets. Elle a bien sûr une dimension importante, mais ce n'est qu'une des considérations à prendre en compte parmi bien d'autres.

A l'évidence, *a contrario*, le **défi de la « non-décroissance »** est posé pour nombre de mutuelles. « Comment conserver sa taille ? » est sans doute une question plus prégnante que « comment grossir ? », dans un contexte de concurrence généralisée, y compris entre mutuelles et alors que les « modèles d'affaire » historiques sont en passe d'être tous déstabilisés. Le besoin pour la pérennité d'un projet, c'est aussi de ne pas sombrer dans une spirale de décroissance du volume des cotisations ou encore un déséquilibre de son portefeuille. Jocelyn Waroux, de la Mutuelle Familiale, qui s'exprimait à l'occasion d'une matinée ADOM [2019b], le confirme d'une certaine façon : « *ce n'est pas croître pour croître. On a quand même malgré tout le besoin de rajeunir notre portefeuille. [...] si nous ne le gérons pas [...], cela peut nous faire entrer dans un schéma économique compliqué.* ».

Les questions finalement sont les suivantes :

- « en quoi le « projet », le « modèle » actuels sont-ils menacés ? » ;
- « comment l'adapter voire même le redéfinir dans un paysage bouleversé ? » ;
- « quelle valeur ou performance veut-on et peut-on continuer d'apporter ? ».

Le regroupement et la course à la taille ne sont pas les seules réponses, même si selon le vieil adage on peut imaginer facilement que « l'union fait la force ». Il faut aussi donner du contenu et un sens renouvelé. Ce sont là les vraies questions et beaucoup de mutualistes y travaillent résolument. Ce n'est pas qu'une question de recherche de « taille critique » chimérique ou hypothétique, même si certains discours technocratiques ont pu le laisser entendre. C'est une question de raison d'être crédible, de projet et d'évaluation de leurs conditions de viabilité.

Résumons-nous : le seul et unique défi pour une mutuelle consiste à actualiser sa raison d'être et sa stratégie de façon réaliste dans un contexte devenu, sommes toutes, radicalement complexe, difficile, pour ne pas dire hostile.

Il convient donc de bien considérer les enjeux et défis rappelés en début de ce paragraphe, de tirer quelques ressources des valeurs et atouts des mutuelles, car elles en ont, et de ne pas négliger les nombreux points de vigilance que la transformation actuelle, le « défi posé à la mutualité », soulève. La taille et surtout le positionnement actuel ne constituent alors que le point de départ de la réflexion sur les modalités de mise en œuvre, dont font partie les logiques éventuelles de partenariat et de regroupement.

Nous tentons d'en examiner rapidement quelques aspects dans la troisième partie.

TROISIEME PARTIE

QUELLE STRATEGIES POUR LES MUTUELLES AUJOURD'HUI ?

« On va toujours, en fin de compte, vers où l'on pèse. »

Antoine De Saint-Exupéry

Dans cette troisième partie, qui est en réalité plutôt une forme de pré-conclusion, nous souhaitons revenir sur quelques différences caractérisant les mutuelles, mentionner quelques risques et points d'attention associés au mouvement de concentration, soulever quelques questions en matière de gouvernance, ouvrir vers quelques axes de recherche ultérieurs et enfin tirer quelques conclusions génériques sur les stratégies au vu des considérations développées dans les trois parties.

Cette partie se veut moins académique et plus prospective, ouvrant des questionnements plutôt que de proposer des réponses, bien qu'elle contienne quelques prises de positions assumées.

III.1. Les mutuelles, sociétés de personnes, disposent-elles d'atouts particuliers ?

III.1.a) Des « sociétés à mission » ?

« Le baigneur réside là où des coups de pioche sont donnés qui n'ont point de sens, qui ne relient pas celui qui les donne à la communauté des hommes. »

Antoine De Saint-Exupéry

Les mutuelles sont certainement, de fait, des « sociétés à mission » si l'on en croit leur origine, leur histoire et les tout premiers articles du code de la mutualité dans sa version de début 2019. D'ailleurs ce code protège l'appellation « mutuelle » (article L110-4, anciennement article L112-2). La FNMF a lancé il y a peu une pertinente campagne sur le thème « votre Mutuelle est-elle vraiment une mutuelle ? » qui remettait en avant ces considérations. Mais cette judicieuse campagne ne reverra sans doute jamais le jour.

En effet, on devrait peut-être dire « étaient de fait des sociétés à mission » car finalement l'intérêt de ce label « mutuelle », conquis peut-être de haute lutte, vient de voler en éclats avec la loi PACTE créant le statut de « sociétés à mission », repris dans le code sous forme de « mutuelle à mission » dans le nouvel article L110-1-1. Au regard, de ce nouvel article, il y aurait donc aujourd'hui des « mutuelles à mission » et puis les autres. Du coup, le label « mutuelle » ne sert peut-être strictement plus à rien, à part à désigner une forme juridique au même titre que « SA », « SASU » ou « SARL », certes en l'espèce une forme non lucrative, mais sans plus. Il y a sans doute là une étonnante forme d'affaiblissement de l'article L111-1 qui est pourtant fort en matière de « mission » et consubstantiel d'une « raison d'être » tournée vers les adhérents. Les mutuelles vont donc théoriquement devoir toute apporter la preuve, à grands coups de mise en place de comités indépendants qu'elles font bien ce qu'elles projetaient de faire de tous temps.

Ou bien peut-être se détourneront-elles plutôt de ce dispositif, manifestement pas conçu pour elles, dont elles n'avaient pas besoin et qui ne ferait que rajouter des coûts, de la complexité et des rapports supplémentaires, dans le seul but de justifier ce qui a toujours été leur « raison d'être » qui se traduit, aussi, dans leur fonctionnement démocratique. En pratique, certaines structures mutualistes s'y sont néanmoins déjà très vite lancées communiqués de presse à l'appui⁹⁴.

⁹⁴ <https://www.argusdelassurance.com/les-assureurs/mutuelles/la-maif-devient-la-premiere-entreprise-a-mission.148210>

Bien sûr on peut convenir comme Henri de Castries⁹⁵, cité par Lallemand-Stempak [2013], qu'un « *statut juridique ne tient pas lieu de stratégie* ». S'il est difficile de contester l'affirmation telle que formulée, nous pouvons aussi préciser que rien ne contraint non plus les stratégies à se ressembler et à placer la rentabilité pour l'actionnaire au sommet de la hiérarchie des objectifs et, qu'à cet égard, le statut juridique reflète *a priori* bel et bien un premier choix très fort en la matière. Quant à l'article L111-1 du code de la mutualité, il est relativement sans ambiguïté sur les objectifs génériques fondamentaux d'une mutuelle.

Couret et Lacan [2009] l'affirment : « *L'objet social des sociétés d'assurance mutuelles ne porte pas exclusivement une finalité de garantie des sociétaires avec un souci de rentabilité, mais recouvre souvent une dimension sociétale reflétant leur volonté de répondre à des besoins sociaux au-delà de leur strict champ professionnel* ».

Ils indiquent aussi que « *la conception des contrats est-elle fortement marquée par des principes favorables aux sociétaires* », ce qui se traduit concrètement par la définition d'un socle de protection commun le plus large possible, par la rédaction de contrats visant l'absence de mauvaises surprises dans leur mise en œuvre au profit des sociétaires, l'introduction d'innovations « produit » pour couvrir le plus grand nombre ou encore par la limitation de la segmentation marketing des cibles afin d'éviter de ségréguer des assurés « bas de gamme » et « haut de gamme ».

L'avenir dira si ce dispositif de « sociétés à mission » et, en l'occurrence, de « mutuelles à mission » trouve son positionnement et satisfait ses objectifs ou bien s'il ne fait que contribuer à brouiller les cartes et rendre encore plus illisible et invisible l'économie sociale et solidaire, voire à autoriser le maquillage⁹⁶ en la matière, tout en augmentant les coûts et la complexité de gouvernance.

III.1.b) Le capital des mutuelles, difficile à constituer est-il un facteur de stabilité économique ?

*« Les économistes ont raison, disait un homme de Bourse :
le capital est du travail accumulé.
Seulement, comme on ne peut pas tout faire,
ce sont les uns qui travaillent et les autres qui accumulent. »*

Auguste Detœuf

⁹⁵ Ancien PDG d'AXA.

⁹⁶ Beaudet et Pierron [2019, p.106] parlent eux de « *repeindre les objectifs de l'entreprise capitalistique aux couleurs de la RSE* ». Ils ajoutent que tout cela invite pour autant aussi à ne « *pas différer le nécessaire exercice d'introspection des mutuelles* » [p.107].

A. Un accès au capital difficile qui nécessite de « provisionner »...

Les questions relatives au coût du capital et aux moyens d'y accéder pour les mutuelles étaient déjà présentes dans le rapport Lambert [1998]. On y trouve notamment dans l'audition de M. Rémond : « *L'autorisation donnée aux mutuelles d'assurances en avril 1996 d'émettre, par appel public à l'épargne des obligations, des titres participatifs et des titres subordonnés leur a, certes, ouvert un moyen de financement ; mais, s'agissant de titres de dette, d'une part, ce moyen est plus propre à financer l'exploitation que les investissements de développement, et, d'autre part, il n'est pas, en pratique, accessible aux mutuelles de taille moyenne.* ».

L'étude de Picard [2016] déjà citée en première partie met en évidence les différences de coûts d'ajustement du capital entre mutuelles et société par actions, ces dernières ayant plus de facilité à lever du capital. En conséquence les assureurs mutualistes devraient logiquement, en moyenne, avoir des ratios de capital supérieur pour en tenir compte sur le moyen-long terme, constituant ainsi une forme de « provisions » permettant d'anticiper les besoins de montée en capital (« *des coûts d'ajustement du capital plus élevés pour les mutuelles que pour les assureurs par action devraient conduire à des ratios de capital ex ante plus élevés pour les mutuelles que pour les assureurs par actions, toutes choses égales par ailleurs.* » p.20). Ceci semble attesté par une étude réalisée aux Etats-Unis par Harrington et Niehaus en 2002, mentionnée et utilisée par Picard. En utilisant des données de panels couvrant la période 1991-1998, les analyses mettent en évidence qu'en moyenne, sur cette période et aux Etats-Unis, « *les mutuelles ont un ratio de capital environ 10% plus élevé que les assureurs par actions.* » (p.27). Foulquier et Arias [2009, p.25] abondent d'une certaine façon dans le même sens : « *la marge de solvabilité des mutuelles est en général supérieure à celle des sociétés capitalistiques.* ». Nous avons vu que les données de l'ACPR confirment cela.

Finalement la présence de ce différentiel est aussi rendue possible par l'absence de besoin pour les mutuelles d'obtenir un ROE (Return On Equity) cible (*Hurdle Rate*⁹⁷) exigé par des actionnaires. Disposer de plus de capital économique ne pénalise pas la performance, voire elle la favorise en permettant, dans une certaine mesure, avec des résultats financiers plus élevés, d'ajuster les tarifs afin de délivrer un meilleur P/C. Cette absence de « pénalisation » d'un capital économique excédentaire⁹⁸ s'applique bien pour un capital dont on dispose déjà et moins dans la perspective d'en « lever » par le biais des cotisations à cet effet. Le double frottement fiscal (TSA et IS) pénalisant d'avance l'idée de commencer par profiter des cotisations pour augmenter le capital pour mieux les réduire par la suite.

Dulbecco [2001, al.26] évoque ces difficultés comme des limites à la concentration et au développement. Il souligne aussi que « *Un des obstacles majeurs auxquels est confrontée l'assurance mutuelle, est de ne pas pouvoir faire appel au marché des capitaux pour parfaire la marge de solvabilité ou investir dans le développement d'activités nouvelles. Les associations d'assurances mutuelles doivent puiser dans les excédents qu'elles ont dégagés. Le handicap est parfois si grave qu'il compromet le choix mutualiste* » [al.63].

⁹⁷ Pour reprendre l'expression utilisée dans [Picard, 2016] par exemple.

⁹⁸ Par « excédentaire » il faut comprendre ici supérieur à ce qu'une analyse « ORSA » bien menée détermine comme capital économique nécessaire pour faire face à ses risques propres, en fonction de son appétence aux risques et de ses objectifs, indépendamment du seul calcul de SCR.

B. ... mais une nature particulière du capital faisant des mutuelles un « pôle de stabilité »...

Lambert [1998] avance que « *en tant que sociétés de personnes, les mutuelles ne sont pas "opéables", et constituent à ce titre un pôle de stabilité économique et sociale très important.* ». Lefèvre [2011] développe cette considération : « *De plus, n'étant pas une société de capitaux, une mutuelle est à l'abri des visées expansionnistes de ses concurrentes. Une S.A., au contraire, peut faire l'objet d'une O.P.A, notamment lorsque son cours de Bourse est sous-valorisé. En clair, comme le souligne avec force Alain Tempelaere² « personne ne peut rien contre une mutuelle qui équilibre ses résultats ». Corollaire de cette indépendance, les mutuelles ne peuvent pas faire appel au marché pour se développer, d'où des problèmes récurrents de financement.* »⁹⁹.

Vincent Jaouen [2019] relève qu'un document soumis au parlement britannique indiquait à propos du comportement des mutuelles pendant la crise financière récente : « *Mutuals have responded in a number of ways to the challenges of the financial crisis. Very many building societies, small and large, have performed well over the last few, challenging, years* » et que ceci aurait été expliqué par l'agence de notation AM Best, comme suit : « *Their success seems to be based on the lack of pressure to return capital to stakeholders and the loyalty of their customers* ».

Dulbecco [2001, al.65] abonde dans le sens de ces considérations et ouvre aussi sur le paragraphe qui suit.

C. ... et des investisseurs de long terme

Bruno Huss, président de l'ADOM, lors de la conclusion d'une matinale soulignait la force d'une relation profondément différente au capital, qui n'est pas au cœur¹⁰⁰ des orientations stratégiques des mutuelles : « *Ce sujet de l'humain est complètement central. On peut convenir que nos sociétés de personnes ne sont pas dirigées par les notions du capital. On a des capitaux mais ce n'est pas le capital qui dirige nos orientations* » [ADOM, 2019b].

Le capital des mutuelles peut être significatif, surtout considéré dans son ensemble. Rien que les mutuelles de notre échantillon du II.3 capitalisent près de 13 milliards d'euros de fonds propres. Et ceci ne représente pas la taille totale de leur bilan. Ces capitaux sont une source d'investissement pour l'économie qu'elle soit capitaliste ou non lucrative. Elle peut être orientée vers le long terme.

Au moment où une évolution des règles de Solvabilité II se profile, Paul Esmein [2019], dans un article récent, développe les raisons qui font des mutuelles d'assurance¹⁰¹ des « *investisseurs privilégiés du long terme* ». Il indique notamment que leurs spécificités les conduisent à : « *mener une politique d'investissement structurellement tournée vers le long terme, contribuant ainsi significativement au financement des entreprises et de l'économie* » [Esmein, 2019, p.61]. Il déplore également que la réglementation actuelle encourage peu cela, comme nous l'avons vu dans la partie I. Comme d'autres références déjà citées plus haut au A, il indique que les mutuelles d'assurance sont souvent mieux capitalisées, donc disposent de plus d'excédents de fonds propres. Elles sont pour lui

⁹⁹ La note 2 indique : « Dans *Les Mutuelles d'assurance en France et dans le monde*, 2001 »

¹⁰⁰ Nous ne revenons pas sur l'idée qu'il faut évidemment néanmoins disposer du capital économique nécessaire en activité d'assurance.

¹⁰¹ Nous estimons que nombre de considérations trouvent à s'appliquer aux mutuelles du code de la Mutualité, d'autant que l'article développe essentiellement la situation des assurances non-vie.

plus résilientes, en écho aux considérations du B et disposent de « *passifs longs et stables* ». Il évoque l'intérêt des placements en actions et le cycle vertueux que cela entraîne, tout en soulignant qu'en réalité les actions sont peu risquées sur un horizon d'investissement long terme [Esmein, 2019, p.64]. Il souligne également que les assurances et les banques n'ont pas du tout le même modèle économique et ne jouent pas le même rôle en la matière [Esmein, 2019, p.66]. En particulier, elles n'ont pas du tout le même risque de liquidité [ibid].

Il est intéressant de noter sur ce sujet que, dans le document ACPR [2016a, p.16], on observe très nettement sur le graphique 14, au moment de l'intégration des mutuelles en 2004 dans le suivi, que celles-ci investissaient beaucoup plus en actions que les organismes relevant du code des assurances. Solvabilité II semble avoir transformé cette logique [2016a, p.16, § et 1.2.2.2 et graphique 14].

En ces temps de forte mondialisation, de circulation des capitaux avec des fonds de pension étrangers parfois titanesques, où il devient parfois difficile de savoir qui contrôle vraiment quoi, ces forces liées à un secteur mutualiste doté de capitaux significatifs, pouvant aussi être un facteur de stabilité et d'investissement de long terme, pourraient être utilement remises en avant.

III.1.c) Une mutuelle doit-elle faire des bénéfiques ?

« Ce qu'on nomme bénéfice d'un exercice social est un chiffre arbitraire à l'intérieur d'un domaine limité inférieurement par la crainte de l'Assemblée Générale et supérieurement par la crainte de la correctionnelle. »

Auguste Detœuf

Cette question titre, qui se veut un peu provocatrice dans sa formulation, peut paraître triviale. Notons que Thierry Beaudet lors de l'assemblée générale 2019 de la FNMF l'a formulée également auprès des mutualistes un peu différemment, à l'occasion des réponses aux questions des délégués : « *Faut-il faire des résultats à 2 chiffres ?* ».

A. Les bénéfiques comme une nécessité économique

On pourrait aussi la reformuler, en écho à l'usage du ROE comme indicateur omniprésent, « faut-il être rentable ? ». Mais nous soutenons dans ce mémoire que la question ainsi posée risque d'être biaisée avant d'être posée (qu'est-ce qu'être « rentable » pour un organisme non lucratif ? quel est le bon niveau de ROE¹⁰² ?).

« Equilibre » et « rentabilité » nous semblent souvent trop rapprochés dès lors qu'on ne distingue pas le monde du lucratif et du non lucratif. Il faut bien sûr en revanche être robuste et équilibré et

¹⁰² Sachant qu'on n'a pas vraiment l'équivalent du « coût du capital » pour les mutuelles ni de « Hurdle rate ». Nous avons par ailleurs développé l'argument selon lequel la mesure du ROE est peu opérante pour une mutuelle, même si elle peut renseigner.

faire un minimum de résultats, pour ne pas risquer de dégrader la solvabilité tout en disposant de marges de manœuvres pour investir et faire face à une concurrence toujours plus agressive.

Une certaine thésaurisation peut être nécessaire en raison même du contexte concurrentiel pour accumuler des fonds propres et constituer une forme de garantie de l'indépendance stratégique. Didier Bazzocchi souligne à cet égard la concurrence très difficile qui risque de s'aggraver avec les « bancassureurs » en raison d'un potentiel avantage concurrentiel lié à l'effet « économies d'envergure » évoqué au 1.3.a). Il estime que les mutuelles sont attaquées depuis 20-30 ans maintenant par les assureurs et par les banques et qu'en conséquence accumuler des fonds propres peut relever d'une stratégie d'anticipation d'une guerre concurrentielle durable [Entretien avec Didier Bazzocchi, mai 2019].

Selon son niveau actuel de fonds propres, un minimum de résultat « à conserver »¹⁰³ peut donc être nécessaire soit pour se développer, soit pour accroître sa résilience.

B. Un faible résultat, notamment technique, est-il un indicateur de vulnérabilité ?

Notons que l'ACPR [2016a, p.21] mentionne que : « *Les organismes non-vie vulnérables affichent en revanche une rentabilité (technique comme globale) plutôt plus faible que le marché, sans toutefois se positionner parmi les moins rentables (cf. Graphiques 37 et 43)* ». S'il ne reste qu'un indicateur réellement commun aux situations de vulnérabilité, c'est plutôt le ratio de solvabilité ou sa perspective de dégradation.

La réponse serait donc plutôt que non surtout si cette faible « rentabilité » est pilotée à dessein et non subie. Nos analyses du II.3 montrent que si toutes les mutuelles n'y arrivent pas, cela semble pourtant être le cas de nombre d'entre elles. Il serait bien difficile par ailleurs de définir un seuil d'alerte compte tenu des résultats de l'étude ACPR précitée.

En tout état de cause, l'ACPR est apparemment vigilante quant au niveau de résultat des assureurs, qu'elle apprécie sans doute toutefois dans le contexte particulier de chaque organisme, de ses perspectives et de sa solvabilité.

C. Un faible résultat, notamment technique, pourrait-il être critiqué au regard des règles qui encadrent la concurrence ?

Existe-t-il un risque que l'ajustement à de très faibles bénéfices avec un déficit technique, voire à un déficit délibéré « piloté » pour redistribuer des réserves aux adhérents puisse être critiqué, voire qualifié de « prix abusivement bas » ou de « pratiques anti-concurrentielles » comme les « prix prédateurs » ?

¹⁰³ Pour reprendre les termes de notre modèle simplifié.

Sans avoir procédé à des recherches ou consolidations approfondies, après consultation des documents européens relatifs à la concurrence (voir notamment [UE, 2012]) ou encore le site de la DGCCRF¹⁰⁴, nous avons toutefois tendance à écarter rapidement ce risque.

L'article L420-5 du code du commerce dispose que « *Sont prohibées les offres de prix ou pratiques de prix de vente aux consommateurs abusivement bas par rapport aux coûts de production, de transformation et de commercialisation, dès lors que ces offres ou pratiques ont pour objet ou peuvent avoir pour effet d'éliminer d'un marché ou d'empêcher d'accéder à un marché une entreprise ou l'un de ses produits* ».

L'actif disponible, et tout particulièrement celui qui correspond au capital économique, a toutes les raisons d'être considéré comme faisant partie de « l'outil de production » d'un assureur. Le résultat financier peut parfaitement compenser du déficit technique même dans d'importantes proportions. Il n'y a donc pas là matière à identifier de prix « inférieur au coût de production », d'autant qu'il s'agit de « services » plus que de biens matériels.

Et quand bien même on irait délibérément au léger déficit, il faudrait que cela ait pour effet d'évincer des concurrents ou de créer des barrières à l'entrée pour qu'il existe un risque. Nous avons vu avec le cas Alan qu'il ne semble y avoir aucune barrière d'entrée sur ce marché. Quant à la notion de « prix prédateurs », elle supposerait une situation de « position dominante » sur le marché. D'aucuns pourraient souhaiter s'y trouver, mais avec plus de 450 acteurs de toutes tailles et tous types sur le marché, le chemin risque d'être bien long avant qu'il n'existe d'opérateurs dominants. D'ailleurs des sociétés en démarrage, comme Alan ou Oscar Health déjà mentionnées, peuvent faire des déficits récurrents très importants pendant des années. La législation ne voit pas dans cet état de fait, qui relève tout simplement d'une politique d'investissement des actionnaires, une pratique de prix condamnable.

On peut donc se demander à l'extrême s'il n'est pas possible finalement de redistribuer ainsi indirectement du capital qui se trouverait largement excédentaire¹⁰⁵, dont, comme déjà évoqué plus haut, Foulquier et Arias [2009, p.29] rappellent qu'il est a priori destructeur de valeur. Les mêmes auteurs dans le même document indiquaient pourtant que « *les mutuelles ne peuvent pas réduire les fonds propres accumulés* » [Foulquier, Arias, 2009, p.25].

La question est en partie purement théorique parce qu'il est fort peu probable que les mutuelles soient enclines à se débarrasser de leurs fonds propres, même fortement excédentaires, qui sont aussi des marges de manœuvre et capacités d'investissements. De nombreux autres emplois du capital excédentaire peuvent être imaginés. Les idées ne manquent sans doute pas puisque le groupe VyV cherche à lever non moins de 500 M€ en emprunt obligataire¹⁰⁶. Cet exemple n'est pris que pour illustrer l'idée que le capital peut trouver des emplois alternatifs à une tentative de redistribution vers les adhérents, car il ne s'agit justement pas, en l'espèce, de capital excédentaire.

¹⁰⁴ <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/Publications/Vie-pratique/Fiches-pratiques/Prix-abusivement-bas>

¹⁰⁵ Certaines mutuelles ont de très forts ratios de solvabilité (400% jusqu'à plus de 700%), mais ce sont bien souvent de très petites mutuelles.

¹⁰⁶ Voir [WEB, 9]

Les questions soulevées appellent peut-être des réponses triviales, dans un sens ou l'autre. Il pourrait être intéressant d'en avoir une analyse explicite plus poussée de spécialistes.

D. Modérer les bénéfices pour redistribuer efficacement de la valeur

Lors de son audition du mercredi 4 mars 1998, M. Michel Rémond, alors Président du Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances (GEMA), transformé depuis en Association des Assureurs Mutualistes (AAM) au sein de la de la FFA, mettait clairement en avant le lien direct qui devait naturellement s'opérer entre non-lucrativité et maîtrise tarifaire en soulignant pour les mutuelles d'assurances que « *la nature non lucrative de l'activité, qui se traduit par le refus de l'appropriation individuelle des excédents et permet l'ajustement des garanties et des tarifs* » [Lambert, 1998]. Cette idée de fixer *ex ante* les tarifs et les garanties dans un sens particulièrement favorable à l'adhérent en s'appuyant sur le caractère non-lucratif paraît donc être au cœur du « modèle » des mutuelles.

En réalité nous avons déjà largement développé les considérations relatives à cette question dans les parties I et II. Les mutuelles n'ont évidemment pas vocation à dégager le même niveau d'excédent que les sociétés capitalistes, même si ce n'est pas très favorable aux rentrées fiscales. **Modérer les tarifs est par ailleurs sans conteste la façon la plus efficace de « distribuer »¹⁰⁷ de la valeur aux adhérents.** Les mutuelles doivent donc afficher sans aucun détour ou gêne leur politique en la matière et certaines le font d'ailleurs régulièrement¹⁰⁸. Couret et Lacan [2009] estiment aussi que « *le modèle mutualiste produit par construction une plus-value favorable au sociétaire-client. Cette plus-value constitue un avantage concurrentiel notable par rapport aux assureurs traditionnels* ». Il faut donc avant toutes choses, dans l'intérêt des adhérents, modérer les tarifs. Les mutuelles doivent sans complexe utiliser ce levier et l'afficher dans leurs valeurs, comme le rappelait la campagne de la FNMF « *Votre mutuelle est-elle vraiment une mutuelle ?* »¹⁰⁹. Le caractère non lucratif d'une mutuelle (ou au demeurant d'une société d'assurance mutuelle ou d'une IP) à toutes les raisons de pouvoir être exploité, autant que l'équilibre du « modèle » et la satisfaction des objectifs de solidarité le permettent, comme un levier de compétitivité, tout autant qu'une affirmation de sa différence et de son appartenance à une forme d'économie alternative.

On notera que le contexte anxigène du mouvement que nous avons rappelé en première partie, la concurrence exacerbée et l'instabilité réglementaire qui caractérise le domaine, n'y inciteront sans doute pas toutes les mutuelles, ou alors avec une prudence certaine.

Il ne faut surtout pas surestimer non plus les effets de cette politique de modération des tarifs en matière de concurrence. Quelques pourcents sur les tarifs ne font pas forcément la différence à eux

¹⁰⁷ Bien que cela ne soit pas à proprement parler une « distribution » mais plutôt un « avantage » tiré de la gestion mutualiste et des caractéristiques propres de l'organisme, notamment s'il possède d'important fonds propres excédentaires. L'expression a donc ici un caractère imagé.

¹⁰⁸ <https://www.argusdelassurance.com/les-assureurs/mutuelles/mutuelle-uneo-nous-voulons-moderer-l-evolution-de-nos-cotisations.151445>

¹⁰⁹ Voir par exemple : <https://bretagne.mutualite.fr/actualites/votre-mutuelle-est-elle-vraiment-une-mutuelle/>

seuls, loin de là¹¹⁰. Et en matière de santé, le prix ne semble de toute façon pas toujours le déterminant principal. Demange et Geoffard [2004] mentionnent, à propos de l'exemple de la Suisse, où, pour l'assurance maladie, l'information sur le niveau des primes est très facilement disponible et où les prestations couvertes sont imposées par un panier de soins défini par la loi : « *de grandes disparités de prix subsistent d'une caisse à l'autre, sans que les assurés se dirigent massivement vers les caisses les moins chères* ».

On ne peut pas construire toute sa création de valeur sur cette politique. On peut d'autant moins jouer sur ce seul tableau qu'une stratégie de domination par les prix est *a priori* illusoire sur ce marché.

Mais il ne faut avoir aucun complexe dans ce domaine, car cela fait résolument partie du socle des valeurs mutualistes.

III.1.d) Peut-on dépasser certaines contraintes liées à la structure juridique ?

Trois codes, trois mesures : d'après le cours d'Irène Politis [2019] et en examinant les trois codes qui gouvernent les familles d'assureurs (assurances, mutualité, sécurité sociale), on peut élaborer le tableau en annexe 6. Il présente les principales différences que l'on peut identifier dans différents domaines touchant à la gouvernance, au vocabulaire, aux règles applicables aux contrats, en tenant compte de certaines subdivisions, des trois familles d'assureurs.

Le code des assurances tend à devenir un socle commun pour tout ce qui est activité d'assurance et réglementation européenne relative à la solvabilité, mais de très nombreuses différences subsistent entre les différents types de structures juridiques, notamment en termes de champ d'activités possibles.

On notera que les économies d'envergure (cf. 1.3.a)) sont, pour une mutuelle, finalement limitées par le code de la mutualité qui encadre strictement le champ des activités qui lui sont autorisées. Cela distingue, en matière d'assurance, fortement les mutuelles des sociétés d'assurance mutuelles et à fortiori des sociétés anonymes. De fil en aiguille, et au gré de réformes successives découlant parfois du droit européen, les sociétés d'assurance ont obtenu la possibilité d'être en concurrence sur tous les champs et notamment de faire de la complémentaire santé tout en conservant un champ très large d'activités, sans grandes contreparties pour les mutuelles qui, non seulement sont restées cantonnées à l'assurance de personnes, mais ont même été obligées de séparer leurs activités de Livre II et de Livre III. Les « bancassureurs » qui peuvent par ailleurs développer des synergies sur un champ d'activité encore plus large, par exemple en profitant de leur réseau d'agence, sont les premiers bénéficiaires de ces évolutions. D'aucuns estiment d'ailleurs que la réforme de la « résiliation infra annuelle » ne fera qu'accélérer les gains en parts de marché de ce type d'acteur.

¹¹⁰ C'est notamment ce que laisse entendre le Livre Blanc du cabinet ADICEO sur la protection sociale complémentaire dans la fonction publique [ADICEO, 2018, p.19].

On peut s'interroger aujourd'hui sur la cohérence entre des principes de concurrence généralisée poussés à l'extrême et la subsistance de telles différences, qui ne se justifiaient historiquement justement que par une certaine « spécialisation » des activités. On peut se demander si des passerelles ne seraient pas souhaitables pour simplifier à terme ce paysage bien trop complexe et hétérogène.

La création des différentes formes de regroupements (notamment les SGAM, SGAPS, UMG) offre toutefois une forme de possibilité de contournement de ces difficultés. Lefèvre [2011] fait une étude assez poussée de ces structures et de leurs potentialités respectives. Il est possible dans ces groupes d'assembler, de développer des synergies non seulement d'échelle mais aussi d'envergure, et notamment de bénéficier des effets de diversification pour optimiser les besoins en capital économique, mais toutefois seulement au niveau du groupe et pas de ses entités.

Une mutuelle ne peut donc finalement chercher à réaliser des économies d'envergure presque uniquement par le biais de partenariats ou de participation à un groupe prudentiel, mais très peu directement sur son propre champ d'action.

Cette question de la diversification est sans doute, par ailleurs, une des questions stratégiques principales, avant celle de la taille en santé.

III.2. Les risques liés au mouvement de concentration

III.2.a) Fusions et groupes : précautions à prendre et quasi-irréversibilité

*« Association : mariage. On commence par se faire des concessions.
On finit par se faire des sacrifices. »*

Auguste Detœuf

La matinée ADOM [2019a] du 22 janvier 2019 a été consacrée aux enjeux juridiques et de gouvernance dans le cadre des rapprochements entre acteurs de la protection sociale. Yan-Eric Logeais, avocat du cabinet Gide Loyrette y est notamment intervenu. Dans son article « Création de groupes non-capitalistiques d'assurance : quelques points de vigilance », il attire l'attention sur quelques difficultés qui pourraient être rencontrées, notamment sur le plan juridique, dans certaines unions structurantes, tout particulièrement entre mutuelles, qui apparaissent en pratique quasi irréversibles surtout si on ne prend pas assez de précautions dans les conventions d'affiliation. Il indique que « *Le législateur a, quelle que soit la forme juridique retenue, laissé une large marge d'appréciation aux partenaires de ces regroupements pour l'organisation de leur structure via les statuts et des conventions d'affiliation. Mais un tel regroupement dit « prudentiel » peut concerner de nombreuses autres questions de droit auxquelles les négociateurs des statuts et des règlements ne prêtent pas nécessairement une attention soutenue. Des ruptures de partenariats difficiles ou des problèmes juridiques à répétition en attestent* » [Logeais, 2018].

Il insiste aussi plus loin sur la bonne information et appropriation des problématiques par la gouvernance : « *Le choix de l'un ou de l'autre type de structure doit être mûrement réfléchi et leurs conséquences clairement présentées tant aux assemblées générales qu'aux élus ou désignés dans les conseils d'administration. L'expérience d'échecs de regroupement prudentiel montre clairement que cela n'est pas toujours le cas.* ». Il évoque d'ailleurs à propos de la gouvernance, que celle de la nouvelle structure fait partie des négociations longues et complexes et que l'examen des statuts qui en découlent montre qu'ils « *reflètent la sophistication des solutions imaginées et négociées entre les entités partenaires* ». On peut comprendre de ce potentiel euphémisme qu'il doit parfois y avoir quelques « usines à gaz » mises en place. C'est d'autant plus délicat que de son point de vue « *Sont plus négligées les dispositions organisant une éventuelle sortie de ces groupements* » et il affirme également que nombre de dispositions pourtant majeures sont insuffisamment décrites ou précises (engagements financiers annuels ou exceptionnels, clauses de solidarité financière, clefs de répartition financière des charges de la structure, pouvoirs de contrôle et de sanction à l'égard des organismes affiliés, etc...).

L'auteur met enfin en avant quelques questions liées au droit de la concurrence : « *Ainsi en est-il d'abord du respect des règles du droit de la concurrence ; telle structure a pu être sanctionnée du fait de l'oubli de l'obligation de notification du regroupement à l'Autorité de la concurrence, ou a vu rejeter la concentration envisagée pour cause de dossiers non remis dans les délais impartis ou de documentation insuffisamment étoffée* ». Lors de la matinée ADOM mentionnée ci-dessus, il avait également été évoqué un risque peut-être méconnu de certains : les structures trop peu intégratrices, par exemple comme les UGM, ne peuvent *a priori* pas se traduire par des accords sur les marchés, au risque qu'ils soient assimilés à des ententes illégales.

Il convient aussi de rester vigilant et très prudent sur les coûts des structures créées. Ils peuvent faire dériver aussi, surtout si les montages sont trop complexes, les coûts « d'agence » et de « transaction ». Lefèvre [2011, p.26] cite Cyrille Chartier-Kastler : « *parmi les causes d'augmentation des frais de gestion « la constitution de structures transversales de type holding », et la mise en œuvre de chantiers informatiques « trop ambitieux ». Preuve s'il en était que la seule addition de volumes ne suffit pas, et que les économies d'échelle ne sont possibles qu'en tenant compte d'une réorganisation quasi complète des activités.* ». Nous avons aussi déjà cité la DREES plus haut à ce propos.

III.2.b) La perte de sens – la dilution du projet

*« La grandeur d'un métier est avant tout d'unir les hommes ;
il n'est qu'un luxe véritable et c'est celui des relations humaines. »*

Antoine De Saint-Exupéry

A. Des valeurs menacées ?

La question de la perte des valeurs mutualistes que pouvait entraîner le très impressionnant mouvement de concentration a déjà fait l'objet de travaux et réflexions. Furet-Coste [2016] interroge notamment la « *capacité des mutuelles à préserver leurs principes dans un contexte d'accélération des regroupements* » en s'appuyant sur un cas d'étude précis. Il indique également que « *le mouvement de concentration et l'élargissement de portefeuilles peut également conduire à une dilution de l'identité locale et professionnelle de l'adhérent, ainsi qu'à une disparition du caractère affinitaire* » et il en donne comme indicateur les faibles taux de participation aux élections déjà observés dans nombre de mutuelles. Dans la conclusion de sa partie I, il estime que certains principes sont clairement menacés : « *si la valeur de liberté semble peu affectée par les impératifs de croissance et de compétitivité, les principes de gouvernance démocratique, d'indépendance et de solidarité paraissent en revanche fragilisés par la concentration des mutuelles et l'application des règles prudentielles* » [Furet-Coste, 2016, p.47].

Ces questions sont aussi largement évoquées par Abecassis *et al.* [2014] ou encore Lefèvre [2011] qui enfonce le clou : « *Certains mouvements s'opposent donc à la concentration et dénoncent un « gigantisme » incompatible avec les valeurs du mutualisme. Crispation identitaire ou défense salutaire de valeurs fondamentales menacées ?* ».

La question du gigantisme interpelle le mouvement mutualiste et risque même de le fracturer. Certains pourraient penser qu'il n'y a plus rien de commun entre de petites mutuelles et les quelques groupes de très grande taille voire déjà « géants »¹¹¹. Il y a là un défi majeur pour la FNMF : maintenir l'unité dans un contexte qui nourrit des questions difficiles pour ne pas dire existentielles pour beaucoup de mutuelles.

B. Quid de la démocratie ?

Parmi les grandes difficultés soulevées par la concentration et la montée en taille il y a l'éloignement, sans doute inéluctable des adhérents pour qui, à partir d'une certaine taille, il devient difficile de se reconnaître et participer à une communauté particulière de valeurs et d'intérêts.

M. Jean Simonnet, alors Président de la MACIF, interrogé sur la possibilité pour certaines mutuelles de se regrouper pour constituer des structures plus concentrées, répond « *que le monde mutualiste jouait dans la proximité aux dépends de la taille.* » [Lambert, 1998]. En citant la FNIM qui regrette un mouvement de concentration aboutissant à « *une perte de repères pour les mutualistes et à une perte de confiance et d'engagement parmi les dirigeants et les bénévoles* », puis finalement à une « *distanciation croissante avec les mutualistes* », Furet-Coste [2016] fait écho à cette appréciation, avec une formulation par la négative.

La démocratie pourrait devenir très théorique avec le gigantisme. C'est ce que soulignait déjà Lambert [1998] : « **Le groupe de travail souhaite aller plus loin. En effet, sans remettre en cause**

¹¹¹ L'expression de « géant » commence à émerger dans la presse. Voir par exemple : <https://www.lesechos.fr/finance-marches/banque-assurances/assurance-le-geant-de-la-sante-vyv-veut-acceler-dans-les-services-1139941>

L'originalité et les atouts du statut mutualiste, il considère que ce statut doit relever de la volonté toujours renouvelée des sociétaires, et qu'au-delà d'une certaine taille, le principe de la participation des sociétaires aux orientations de l'entreprise selon le principe démocratique " un homme, une voix " devient relativement théorique »

Il cite et partage l'analyse du commissariat général au plan (CGP) : « *les sociétés mutuelles sont des sociétés de personnes, caractérisées par la responsabilité personnelle et solidaire des associés et, pour cette raison juridique, par un fort affectio societatis, qui exerce en principe un impact limitatif sur la taille de telles sociétés* » et d'ajouter plus loin « *Comme le relève le Commissariat Général du Plan, les adhérents des grandes mutuelles qui ont atteint la taille de compagnies d'assurance font davantage preuve d'une attitude consumériste que d'un esprit mutualiste parfois un peu instrumentalisé* » avant d'appeler plus loin à ce que l'adhésion à une mutuelle relève de la conviction plutôt que de l'opportunisme, à relancer la flamme mutualiste en développant des rapports plus transparents et plus participatifs entre mutuelles et sociétaires.

A cet égard Couret et Lacan [2009], conscients de ces difficultés, soulignent que « *Les sociétés d'assurance mutuelles ne doivent donc pas perdre de vue leur projet politique. [...] Naturellement, plus la taille de la SAM est grande et plus cet effort pédagogique de sensibilisation et de conviction mutualiste doit être important. C'est un enjeu majeur pour les années à venir pour les sociétés d'assurance mutuelles qui souhaitent conserver un projet mutualiste et une identité d'économie sociale authentiques.* ».

Selon Lallemand-Stempak [2013, p.26], certains auteurs avancent d'ailleurs une forme de mythe de la démocratie et de l'ESS « *« l'économie sociale n'existe pas », ses spécificités étant fondées sur des « mythes »* » ou encore : « *le fonctionnement démocratique prôné comme pilier de leur spécificité relèvent selon eux davantage de la cérémonie que d'un système de gouvernance réel* ».

Le doute est donc permis quant à la crédibilité d'une approche « société de personnes » à partir d'une certaine taille. Il est toutefois bien difficile de définir un seuil. Mais on peut se risquer à dire que plusieurs millions de personnes, c'est déjà beaucoup. Disons que cela doit au moins commencer à interroger.

C. Les groupes multi affinitaires : une piste de solution ?

Au-delà de la « distance » à l'adhérent c'est aussi la question de la « dilution du projet » et de la perte de sens qui peut l'accompagner qui est posée. Les mutuelles ont historiquement été créés sur des terrains affinitaires professionnels ou encore territoriaux. Alain Rey [2013, p.105] raconte la création d'Harmonie mutuelle et évoque par exemple : « *On passe de l'idée d'un partage du territoire national entre plusieurs grands groupes à une mutuelle de dimension nationale* ». L'ouvrage est intéressant car on y perçoit bien que, de fil en aiguille, cette longue histoire de construction d'un groupe aujourd'hui de taille très conséquente, change profondément la nature du projet initial. On peut dire que cette construction oblige à inventer un autre projet, au bout du compte peut-être radicalement différent.

Lallemand-Stempak [2013] soulève des questions qui paraissent pouvoir être posées à la mutualité au sens large¹¹² : « [...] comment évoluer sans se perdre ? Comment répondre aux pressions institutionnelles et s'adapter au contexte concurrentiel tout en conservant une identité propre ? ». On peut aussi citer Étienne Caniard, président de la FNMF à l'époque, qui signe la préface de l'ouvrage de Rey [2013] : « entre contraintes gestionnaires et conservation de la spécificité et de l'identité mutualiste, entre performance économique et performance sociale, est-il possible de trouver un point d'équilibre ? ».

Est-ce qu'on ne finit pas de fait par sortir de l'ESS ou a minima de la « société de personne » à partir d'une certaine taille ?

L'auteur de ce mémoire a l'habitude de résumer ces dilemmes dans la tension entre fondamentaux du modèle mutualiste et tentation de mettre en œuvre des projets conduisant aux gigantismes en réaction à l'environnement, qui doit nécessairement faire réfléchir le monde mutualiste, dans la formule suivante :

« La mutuelle de tout le monde, n'est-ce pas la mutuelle de personne ? ».

Une façon de contourner ces diverses difficultés serait peut-être celle d'une approche groupe « multi affinitaire » ou avec plusieurs entités mutualistes partageant des valeurs et mutualisant certains coûts. Une façon en quelque sorte de combiner l'affinitaire et la proximité avec les adhérents en leur proposant quelque chose de spécifique et à valeur ajoutée avec la mutualisation et les économies d'échelle. Cela peut rejoindre un peu la logique « multimarques » de certains groupes d'assurance mutualistes comme Covéa. Elle posera quand même néanmoins des questions, délicates mais pas forcément insolubles, de contrôle démocratique et de gouvernance d'ensemble qui doivent aussi éviter de générer trop de surcoûts « d'agence » ou de « transaction ».

Eric Blanc-Chaudier du groupe VyV qui s'exprimait à l'occasion de la matinée ADOM citée précédemment en semble convaincu : « Il faut garder des distinctions à la fois en termes d'offre, d'accompagnement et en termes de marque » [ADOM, 2019b].

D. Et la démutualisation ?

Faut-il « démutualiser » à partir d'un certain stade ? Par démutualisation on entend ici le changement de statut, lorsque la loi le permet. Ce serait, selon le statut choisi, potentiellement une forme d'aboutissement ultime du phénomène de « *dégénérescence irrésistible* » de projets issus de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) théorisé par Webb et Webb en 1907 et développé par bien d'autres cités par Lallemand-Stempak [2015, p.102, 2013, p.24-26] : « de telles initiatives apparaissent ainsi condamnées à la disparition face à la puissance de « la logique du marché et aux motivations du capital » ».

¹¹² C'est-à-dire y compris les sociétés d'assurances mutuelles.

De tels mouvements de « démutualisation » ont eu lieu notamment aux USA, en Australie, en Afrique du Sud et au Canada ou encore en Europe, notamment au Royaume-Uni [Lefèvre, 2011, p.84].

Le rapport Lambert [1998] évoquait déjà ce sujet et s’y montrait clairement favorable : « *A la veille de l'euro et d'un nouveau choc de concurrence, il convient en effet de s'interroger sur l'opportunité d'autoriser la transformation des sociétés d'assurance mutuelle en sociétés de capitaux, ce qui leur permettrait de lever des fonds plus facilement pour financer leur croissance et faire face à la compétition internationale* ». Pour le rapport Lambert il convenait donc clairement de « *lever le tabou de la démutualisation* », comme cela a été fait dans les pays anglo-saxons. Ces recommandations n’ont pas été suivies.

Lefèvre [2011, p.84] préfère parler à cet égard du « *spectre de la démutualisation* ». Tout en soulignant qu’il existe « *un verrou français* » en la matière car le phénomène serait, selon elle, « *juridiquement impossible* » [Lefèvre, 2011, p.85]. Elle y voit un obstacle d’ailleurs à la mise en place du statut de mutuelle européenne [p.86]. Enfin, elle assimile la création de filiales sous forme de sociétés anonyme, qui elle est autorisée, à une démutualisation partielle [p.74 et 81].

La question pourrait toutefois redevenir d’actualité. Une bien plus harmonieuse transition pourrait aussi être recherchée du côté de la simple possibilité de transformer une mutuelle en société mutuelle d’assurance, afin d’éviter les trop grandes disparités évoquées au III.1.d). Entre « sœurs » (cf. annexe 5), non seulement cela semblerait plus facile, mais cela ne constituerait en rien une « dégénérescence ». La dissymétrie observée dans les regroupements au I.1.c).B et les considérations du III.1.d) n’invitent-t-ils pas à réfléchir à cette possibilité ?

III.2.c) « Dérive autocratique » ou « technocratique » et perte de pouvoir

« Une des erreurs que peut commettre un chef d'entreprise, c'est de se croire le seigneur de l'affaire qu'il dirige. »

Auguste Detœuf

Parmi les risques potentiels liés au mouvement de regroupement, nous pensons qu’il convient de considérer sérieusement celui qu’on pourrait décrire comme celui d’un poids qui, devenant disproportionné, de certains dirigeants opérationnels pourrait, sans contrepoids suffisant et nonobstant leur talent, entraîner les mutualistes dans des aventures qui seraient plus dictées par le désir de puissance que par la cohérence d’un vrai projet mutualiste.

Philippe Frémeaux est à la fois un observateur et un acteur de l’économie sociale et solidaire. Dans son essai « La nouvelle alternative – enquête sur l’économie sociale et solidaire », il attire l’attention sur ce risque, que l’on pourrait qualifier de danger de la « *dérive technocratique* » ou encore de « *perte de pouvoir* » et de contrôle de la gouvernance en particulier dans son chapitre 6 « *Quand les managers imposent leur loi* » [Frémeaux, 2015].

Il observe d'abord : « *En pratique, cependant, dans les grandes organisations, le pouvoir réel est toujours partagé entre ceux qui exercent le contrôle politique – les élus, qui représentants des sociétaires ou bénévoles – et ceux qui disposent de la compétence technique. La répartition du pouvoir entre salariés et élus ainsi que les rôles des uns et des autres sont extrêmement variables, et toutes les situations sont possibles. Parfois, les conseils d'administration sont dominés par les managers salariés, le pouvoir du gouvernant ayant été capturé par le gouverné.* » [Frémeaux, 2015, p.87].

Puis il s'appuie sur l'exemple de « l'affaire Natixis », dont il convient qu'elle date un peu, mais qui selon lui « *concentre toutes les dérives possibles de la gouvernance coopérative* ». Il mentionne plus loin : « *Au nom de l'intérêt même des sociétaires, les dirigeants de ces établissements ont donc porté le projet de devenir toujours plus gros et plus puissants. Mais ce projet leur permettait aussi – et surtout ? – de s'accorder des rémunérations toujours plus faramineuses. La course à l'enrichissement personnel est allée de pair avec la quête de la puissance, du pouvoir. Et la démocratie dans tout ça ?* » [Frémeaux, 2015, p. 89-90].

Ces observations peuvent être rapprochées de considérations développées dans le cadre de la théorie des acquisitions et plus particulièrement la théorie du « marché des directions de sociétés » qui s'appliquent au secteur capitaliste [Garella, 1989]. Dans le cadre de celles-ci, la possibilité que les dirigeants ne servent pas l'intérêt des actionnaires, mais le leur, est considérée, notamment dans l'analyse de la dynamique des fusions et acquisitions [Garella, 1989]. Paolo Garella [1989] rappelle notamment : « *A l'autre extrême, le contrat prend la forme d'une délégation intégrale d'où émerge le risque qu'utilisant l'autonomie qui leur est conférée, les dirigeants poursuivent leurs objectifs propres, en contradiction avec les intérêts des actionnaires* » [p.198] et « *Que les intérêts personnels des managers soient mieux servis dans des organisations complexes et de grande taille, parce que les hiérarchies y sont plus étendues et les salaires plus élevés, a été démontré de manière convaincante par Gordon Donaldson (1984)* » [p.200].

Notons le potentiel effet boule de neige entre les considérations du II.2.c).F quant à l'intérêt de la taille pour attirer des talents et le risque décrit par Philippe Frémeaux : la taille permet d'attirer des talents, qui mal contrôlés ou canalisés entraînent dans une course à la taille injustifiée ou ne servant qu'une partie des intérêts des parties prenantes ; la taille croissante permet d'attirer des talents de plus en plus élevés, mais aussi, potentiellement, des ambitions croissantes, etc...

Dans ce même registre, notons aussi que Lallemand-Stempak [2013] mentionne, en revenant sur des propos tenus par Henri de Castries qui estimait que le choix d'un statut juridique ne valait pas définition d'une stratégie en soi, qu'un tel choix ne garantit pas non plus : « *la qualité des valeurs qui guident effectivement l'action d'une organisation. En particulier, les statuts juridiques ne protègent pas les firmes à forme coopérative ou mutualiste de la marchandisation et de la financiarisation de leurs rapports d'échanges, ni ne les empêchent d'évoluer vers des rapports de pouvoirs créant clivages et tensions* ». Ces tensions relèvent aussi des « *dynamiques divergentes* » de « *conformation* » et de « *maintenance* », au sens où elles sont décrites par Lallemand-Stempak [2015, p.104].

Le seul potentiel garde-fou est une gouvernance mutualiste crédible qui doit monter en qualité, comme nous le rappelons au III.4. Au demeurant cette **gouvernance mutualiste elle-même n'est pas**

à l'abri de ces risques. Elle doit donc veiller à les maîtriser, notamment en s'appuyant sur l'essence collective du conseil d'administration et le fonctionnement démocratique.

L'implantation originale de la règle des « 4 yeux »¹¹³, propre au monde mutualiste, est sans doute finalement de nature à limiter ces risques dans les deux sens. Nous revenons sur cette originalité dans le III.4.

III.3. Peut-on objectiver la réussite des stratégies de regroupement ?

III.3.a) Suivant quels critères ? Que faudrait-il pouvoir mesurer ?

Nous aurions aimé pouvoir examiner de façon objective, dans le cadre de ce mémoire, la réussite des différentes stratégies de regroupement à l'œuvre dans le secteur des organismes proposant des compléments santé et plus particulièrement, parmi eux, des mutuelles. De grands groupes mutualistes se constituent et certains cherchent à diversifier leur activité pour sortir du tout santé-prévoyance. Dans la course à la taille ils sont deux ou trois groupes, chacun à leur manière dans le peloton de tête. Ils expérimentent et entreprennent. Quelques éléments macroscopiques descriptifs de ces stratégies sont donnés en annexe 4.

Nous nous sommes toutefois heurtés à plusieurs difficultés.

La typologie des regroupements et leurs contextes sont très divers et évolutifs. La matière est instable et mouvante. Il est difficile de suivre une cible qui bouge rapidement. Il serait aussi sans doute peu utile de faire une longue étude pour se demander si l'absorption d'une mutuelle en perdition par une autre est une stratégie réussie, ni à définir les moyens de mesure associés. Par ailleurs quelle serait la bonne période d'observation ? N'est-il pas encore trop tôt pour évaluer tout cela ? Ou au contraire est-il urgent de savoir si de la valeur est créée et pour qui ?

On pourrait aussi estimer pouvoir se contenter d'examiner l'état de santé d'un groupe ou autre regroupement de mutuelles et s'arrêter là : s'il est bon la stratégie a réussi, s'il est mauvais elle a manqué sa cible. Ce constat manichéen cacherait cependant une question phare : de quel point de vue doit-on se placer ? Au service de qui ou de quoi est la stratégie ? Quelle est la « mission » ?

Nous pensons que la question clé est surtout celle de la valeur créée pour les adhérents dans un contexte qui a plutôt tendance aujourd'hui à la détruire. Comment la mesurer dans le temps ?

François Venturini, acteur d'un des grands mouvements de rassemblement de mutuelles (cf. [Rey, 2013]), interrogé à l'occasion de la matinée ADOM [2019a] sur les résultats, vu de l'adhérent, par exemple en matière de tarifs, de tous ces longs et difficiles rapprochements, avait répondu en substance que c'était difficile à établir à ce stade mais que c'était bien « la promesse » pour l'avenir. On peut interpréter ces propos en considérant, en quelque sorte, qu'on en est encore au stade de l'investissement et que la valeur sera créée ultérieurement, mais peut-être, surtout, que le contexte est aussi resté destructeur de valeur dans la même période.

¹¹³ La réglementation prévoit que les deux « dirigeants effectifs » prévus par Solvabilité II sont pour les mutuelles le « président » et le « dirigeant opérationnel ».

Il faudrait en tout état de cause s'accorder sur ce qui constitue des critères de réussite, alors même que les objectifs poursuivis peuvent être très variés. La recherche d'économie d'échelle ou de réduction des frais de gestion ne pouvant constituer à eux seuls une indication de création de valeur même si, sans aucun doute ils y contribuent. Leurs mesures font partie des indicateurs quantitatifs ou qualitatifs qui pourraient toutefois rentrer dans une analyse multifactorielle. Aucun indicateur pris isolément ne serait sans doute suffisant pour caractériser la pertinence et la réussite d'une stratégie reposant sur des regroupements. Idéalement, comme Mlouka et Sahut [2008] l'ont fait pour les facteurs influençant la compétitivité, il faudrait identifier plusieurs facteurs permettant de contribuer, dans la durée, aux éléments de performance proposés au 1.2.b) par exemple.

Il est en outre difficile de disposer de données sur suffisamment de temps. Les rapports publics SFCR sont toutefois une source précieuse mais l'obligation de publication est assez récente.

L'annexe 4, tirée d'une étude interne Unéo réalisée par Damien Weidert pose quelques bases sur les potentialités offertes par l'analyse de ces rapports ainsi que l'analyse de quelques indicateurs pouvant rentrer dans l'analyse de la réussite des stratégies. Ces bases ont été testées sur quelques cas (Groupe VyV, Nehs, Groupe Intériale). Les résultats sont prometteurs : il est possible de commencer à poser un regard sur les chemins parcourus dans la mise en œuvre de stratégies aussi diverses. Mais nombre d'indicateurs manquent à l'appel. L'annexe 4 ne reproduit que partiellement l'étude de Damien Weidert. On y présente que quelques considérations méthodologiques et un portrait rapide de trois stratégies très différentes de groupes mutualistes. On peut trouver par ailleurs déjà des monographies assez complètes de la plupart des stratégies des acteurs dans l'étude XERFI [2019] qui utilise aussi les données ouvertes des opérateurs. Il n'y a toutefois pas encore à ce stade d'évaluation structurée des résultats de ces stratégies dans la durée et fondées sur la valeur créée.

III.3.b) Un champ d'études complémentaires ?

Nous considérons que la recherche d'une analyse la plus objective en la matière est un sujet intéressant pour des travaux ultérieurs. Dans ce secteur ou l'économie sociale et solidaire a encore une grande place, ces études pourront peut-être être plus complexes à mener encore que les nombreuses études économiques dont certaines ont été très rapidement passées en revue au II.1., qui souvent ont pour elles l'avantage d'avoir un guide assez clair : compétitivité ou encore profitabilité.

Comme déjà souligné, de tels travaux devraient utilement privilégier l'angle de la valeur créée pour les adhérents, même si les considérations du 1.2.a) montrent que ce n'est pas si simple. On peut aussi partir d'une question macroscopique comme par exemple : toute cette concentration depuis 30 ans a-t-elle permis de significativement réduire le coût des complémentaires santé et donc le reste à charge des assurés ? A-t-elle au moins servi à contenir une dérive dont les causes sont principalement externes aux assureurs ? Les rapports de la DREES déjà mentionnés laissent plutôt penser que non.

III.4. Les enjeux de la gouvernance mutualiste

«Le conseil d'administration est une des manières
les plus distinguées de perdre son temps . »

Auguste Detoëuf

III.4.a) La gouvernance : des pratiques diverses et en évolution

Depuis la boutade¹¹⁴ d'Auguste Detoëuf, qui avait sans doute un fond de vérité à l'époque, au moins sur la forme des séances¹¹⁵, les enjeux de gouvernance, tout particulièrement dans le monde capitaliste, sont revenus sur le devant de la scène notamment à la fin du XXème siècle [Joly, 2012]. Après une histoire de la gouvernance finalement assez empirique, progressivement normée par la loi et quelques scandales retentissants, le patronat s'est saisi du sujet, sans doute pour éviter qu'on ne légifère. Divers travaux et rapports ont été produits sur cette question, dont nombre sont rappelés dans l'étude « Gouvernement d'entreprise : fonctionnement des organes de contrôles et rôle des représentants des salariés » [Bertin-Mouroit, Lapôtre, 2018]. Finalement les entreprises veulent aussi y voir clair elles-mêmes, comme en témoigne l'existence du rapport commandé à Pierre-Yves Gomez par MiddleNext, l'association professionnelle française indépendante représentative des valeurs moyennes cotées. A propos des divers codes produits en France, Gomez estime en début d'ouvrage, dans la lettre où il accepte la mission : « *La réflexion sur le gouvernement d'entreprise en France pâtit plutôt d'un excès que d'un défaut de propositions et de codes.* ». Il ajoute que ce dont on manque le plus c'est plutôt d'« *un référentiel commun pour tous ceux qui cherchent à en améliorer les pratiques* », qu'il se propose donc d'établir [Gomez, 2009].

La bonne gouvernance paraît rester aujourd'hui très inégalement mise en œuvre [Bertin-Mouroit, Lapôtre, 2018]. Les auteurs classent d'ailleurs sans ambages le fonctionnement pratique observé des conseils en 3 types :

- le « **One man Show** » ou... **qui contrôle le dirigeant ?**
 - modèle proche de la « dictature », rencontré souvent lorsque l'actionnariat est très dispersé sans actionnaire suffisamment important ;
 - « *Ces conseils sont alors, soit de simples formalités qui ne contrôlent rien, soit des lieux où les dirigeants réunissent des personnes de confiance qui vont leur donner quelques conseils dans la mise en œuvre de la stratégie que le n°1 aura décidée par avance* » ;
 - On y trouve beaucoup d'administrateurs dits « indépendants », mais en réalité très dépendant du PDG ;

¹¹⁴ La citation reprise ici sur les conseils d'administration est une de celle les plus fréquemment citée. Il en a aussi dit « *Le conseil d'administration est l'antichambre du cimetière, mais c'est une antichambre si bien chauffée !* ». Mais sa parodie de « La Genèse » transposée aux conseils d'administration est peut-être la plus savoureuse de toutes bien qu'un peu longue à citer ici [Detoëuf, 1937, p.95]. Les citations et observations de Detoëuf, assez fréquemment utilisées à propos des CA, sont rarement replacées dans leur contexte. A l'époque où Detoëuf a exercé des fonctions de direction d'entreprise, le gouvernement d'entreprise était réglementairement peu décrit et encadré. Propriété et direction étaient souvent proches [Bertin-Mouroit, Lapôtre, 2018]. La fonction de directeur général émergeait à peine. Celle de « PDG » rentre dans les mœurs et dans la loi en 1940 seulement [Joly, 2009].

¹¹⁵ La véritable pensée de Detoëuf sur les CA et leur rôle est donnée p.91. Elle n'a rien à voir avec ses boutades. Pour n'en citer qu'un extrait : « *Mais c'est que le travail des conseils ne se fait pas en réunion* » [Detoëuf, 1937, p.91].

- le **PDG sous contrôle unifié** ;
 - modèle où un petit nombre d'administrateurs contrôlent vraiment les choses, mais tout se passe « en coulisses » ;
 - le conseil lui-même est proche d'une « mise en scène » mais, contrairement au modèle précédent, la stratégie peut réellement y être débattue sans tabou ;
 - les administrateurs indépendants y font partie de ceux qui assistent à « la scène » bien plus qu'ils ne la jouent ;
- le **PDG soumis à un contrôle collégial**
 - le conseil est ici « *un véritable lieu de décision jouant son double rôle collégial tant de conseil que de contrôle de la direction.* » ;
 - dans ce type de conseil : « *la direction ne cache rien et le niveau d'information donné sur l'entreprise est considérable* ».

Gomez [2009] estime finalement que le plus important est de bien comprendre et définir les différents pouvoirs qui s'exercent dans une gouvernance et de vérifier qu'ils peuvent s'exercer sainement : « *L'articulation entre ces trois pouvoirs (souverain, exécutif, surveillance) définit la manière dont l'entreprise est gouvernée. Ces pouvoirs ne sont pas nécessairement détenus par des personnes différentes et peuvent même être concentrés dans les mêmes mains. Il ne faut donc pas confondre la nature de ces trois pouvoirs, qui fondent la notion même de gouvernance d'entreprise, et la manière dont ils sont (ou ne sont pas...) concrètement exercés. Leurs connections construisent des **systèmes de gouvernance** propres à chaque type d'entreprise* » [Gomez, 2009, p.14]. Même s'il défend plutôt comme vertueuse une définition claire des responsabilités des uns et des autres ainsi qu'une séparation des responsabilités dans la gouvernance en évitant le cumul par une même personne de certaines des fonctions, il ne paraît finalement pas faire de l'approche dualiste à l'allemande la panacée universelle¹¹⁶ : « *La forme « duale » (séparation du conseil de surveillance et du directoire) semble, certes, mieux clarifier juridiquement cette séparation des responsabilités. Mais l'esprit doit, là encore, l'emporter sur la lettre. Chaque entreprise peut choisir la forme qui lui convient le mieux selon sa complexité* » [Gomez, 2009, p.22]. Toutes formes de solutions sont possibles. Il n'y a donc pas de recette miracle. Finalement tout doit être adapté à chaque cas particulier [Gomez, 2009, p.33 à 38]. Il indique aussi que : « *Ce référentiel constitue, finalement, une boîte à outils laissant à ses utilisateurs le soin de définir librement et de manière pragmatique les règles pour résoudre les problèmes de gouvernance particuliers auxquels ils sont confrontés* » [Gomez, 2009, p.8].

C'est heureux car une mutuelle santé n'appelle pas forcément les mêmes solutions de gouvernance que feu la banque Lehmann Brothers. Nous verrons d'ailleurs au III.4.d) sous un autre angle que ce sont sans doute moins les solutions d'organisation de la gouvernance que l'art et la manière de les exercer qui priment, l'ACPR faisant référence justement à la récente crise financière majeure et à certaines de ses causes en matière de gouvernance.

¹¹⁶ Qui, si elle peut représenter un certain niveau de maturité en matière de gouvernance, n'est pour lui pas exempte de risques non plus. Cf. p.37 : « *1) Système instable qui peut basculer dans le système de leadership des managers ou de leadership des actionnaires, s'il apparaît une modification des rapports de forces. 2) Coûts de contrôle élevés pour faire fonctionner le système.* »

III.4.b) La mutualité un modèle original ?

La mutualité est dans une situation significativement différente de celle décrite dans l'étude de Bertin-Mouroit et Lapôtre [2018], qui relève principalement de l'observation du monde capitaliste. Le code de la mutualité prévoit un conseil d'administration et définit les grandes lignes de son rôle. Il prévoit un président de ce CA, d'une part et exige la nomination d'un dirigeant salarié dénommé « dirigeant opérationnel », d'autre part.

Il convient toutefois de veiller à éviter la monopolisation de fait du pouvoir par les dirigeants opérationnels, au risque de tomber dans les mauvaises pratiques de gouvernance évoquées par Bertin-Mouroit et Lapôtre [2018] et mentionnées ci-dessus, ou encore décrites de la sorte : « *Il n'est pas étonnant alors de rencontrer encore des réunions de conseils qui ne sont que des « chambres d'enregistrement » des propos du dirigeant, et/ou des réunions passionnantes plus centrées sur l'avenir économique de la planète que sur la stratégie de l'entreprise. En effet, rares sont les dirigeants qui apprécient spontanément d'être contrôlés et de partager le pouvoir* ». Il convient donc de limiter les risques de tomber dans l'un des deux premiers modèles précédemment décrits¹¹⁷. Ce n'est pas pour autant que se rapprocher du troisième modèle coule de source.

La transposition au monde mutualiste, sous une forme adaptée, du troisième modèle paraît hautement souhaitable. Elle pourrait utilement s'appuyer sur la grande force du modèle mutualiste original actuel avec le tandem de dirigeant effectifs « président - dirigeant opérationnel », qui n'a sans doute pas son équivalent capitaliste ni même paritaire. Le Président est en pratique un peu moins qu'un PDG mais plus qu'un simple « président du conseil ». Le Dirigeant opérationnel est quant à lui sans doute un peu plus qu'un directeur général délégué mais pas exactement un DG détenteur unique de l'exécutif non plus.

Ce modèle particulièrement équilibré ne paraît pourtant pas avoir la faveur de l'ACPR qui semble privilégier par-dessus tout l'indépendance entre les dirigeants effectifs et une gouvernance de « contrôle » ou de « surveillance » (voir les notices et positions de l'ACPR à ce sujet, tout particulièrement dans le domaine des banques, où la loi en dispose d'ailleurs ainsi [Caby et Lamarque, 2019, al.18]).

Le risque n'est pas nul que les autorités de contrôle, attachées à cette séparation et estimant peut-être aussi que la compétence est d'un côté (les dirigeants opérationnels, parfois jugés seuls légitimes à être « dirigeants effectifs ») et pas de l'autre (les conseils d'administration formés d'élus) ne soient tentées d'affaiblir les conseils mutualistes en les entraînant vers un modèle type « conseil de surveillance »¹¹⁸, ce qui poserait au passage la question de la mise en place et de la composition d'un « directoire ». Le risque pour les mutualistes élus serait progressivement de ne plus voir que des « comptes rendus de gestion » quatre fois par an et d'approuver aussi quelques documents auxquels rapidement ils ne comprendraient plus grand-chose, tout simplement parce qu'impliqués moins fréquemment et moins profondément dans la gouvernance¹¹⁹. Cela ne ferait finalement que creuser

¹¹⁷ Ou au lieu de « PDG » on lirait « Dirigeant opérationnel » ou même dans certains cas « Président ».

¹¹⁸ Qui en l'absence de « directoire » réellement pluraliste et représentatif des intérêts des « shareholder » que sont les adhérents, paraît de toute façon difficilement pouvoir se concevoir.

¹¹⁹ Ce risque est différent en mutualité et dans les sociétés capitalistes, d'une part en raison des principes de bénévolat et d'autre part en raison des origines professionnelles différentes des administrateurs. En mutualité, la fonction d'administrateur doit aussi être « motivante » et donner le sentiment de faire quelque chose de concret pour les adhérents

le fossé des compétences et surtout des moyens de contrôler réellement ce qui se passe. Ce serait aussi dénier l'exercice du pouvoir réel de direction d'entreprise aux élus des mutuelles, sauf à nommer des élus à la tête d'un « directoire » mutualiste aux côtés du dirigeant opérationnel¹²⁰. On peut d'ailleurs peut-être considérer que le tandem Président-Dirigeant opérationnel d'aujourd'hui constitue *de facto* une forme de pseudo-directoire, équilibré dans sa composition, avec un formalisme et des coûts bien moindres que ceux des structures de gouvernance dualistes, plus adaptées à des entreprises de grande taille qui en ont les moyens.

Reste à traiter la question d'une certaine séparation entre surveillance et exécutif. Rappelons que même Gomez reste très mesuré sur cette question (voir plus haut). Il ajoute : « *Néanmoins, le réalisme impose de constater que la séparation formelle des fonctions apporte parfois plus de lourdeurs que de réels avantages* » [Gomez, 2009, p.17]. Il ouvre des pistes intéressantes pour gérer tous les types de situation. Parmi elles : « *C'est pourquoi il semble nécessaire que lorsque les fonctions de Président et Directeur Général sont assumées par une même personne, la rédaction du rapport annuel soit déléguée à un autre membre du conseil d'administration* »¹²¹ [Gomez, 2009, p.23].

Ce modèle mutualiste original paraît pouvoir être un gage de fonctionnement de la règle des « 4 yeux » particulièrement équilibré¹²², peut-être même plus propice à des regards vraiment croisés que celui du binôme DG-DGA dont l'un des membres peut être vu comme directement subordonné à l'autre et qui agit souvent dans une même ligne de pensée¹²³. Observons à propos de la règle dite « des 4 yeux » qu'il n'existe pas, semble-t-il, de référentiel très précis des décisions qui doivent relever d'une approche « 4 yeux »¹²⁴. La notice ACPR du 17 décembre 2017¹²⁵ soulignait l'importance du concept en indiquant : « *L'entreprise veille à ce qu'au moins deux personnes dirigent effectivement l'entreprise et interviennent dans toute décision significative avant que celle-ci ne soit mise en œuvre* ». Elle n'apporte toutefois pas de précision sur les « décisions significatives » visées. Peut-être est-ce parce que ce type de précision entraînerait sa part de risque, si certains l'interprétaient dans un sens limitatif. Quelques décisions significatives pourraient néanmoins être avancées sans risque et sans exhaustive. Il apparaîtrait sans doute que nombre d'entre elles relèvent, finalement, en pratique du conseil d'administration dans les mutuelles : définition et approbation de la stratégie, définition et approbation d'un cadre d'appétence aux risques, approbation de l'ORSA, définition de l'allocation stratégique des placements, orientation, conduite et organisation des partenariats structurants,

et la mutuelle. Même si en gouvernance la fonction de surveillance est une tâche importante et noble, la restriction à ce positionnement pourrait être mal perçue.

¹²⁰ On pourrait redouter une « usine à gaz » de gouvernance mutualiste avec un fonctionnement de type dualiste.

¹²¹ Gomez parle ici d'un « Rapport annuel » des administrateurs sur leur fonction de surveillance : « *rapport annuel sur leur mission de surveillance (rapport de gouvernance aux actionnaires)* suffisamment clair et concret pour permettre à ceux-ci d'apprécier leur diligence et qui engage solidairement les « administrateurs » » [Gomez, 2009, p.23].

¹²² Notons que la FNIM (Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles) ne partage manifestement pas ce point de vue, redoutant peut-être surtout que le filtre des compétences exigées ne finisse par être incompatible avec la démocratie mutualiste. Voir : https://www.fnim.fr/IMG/pdf/gouvernance_des_mutuelles_10_12_2015.pdf

¹²³ Notons d'ailleurs que pour les sociétés anonymes, l'article 225-56.II du code du commerce dispose que : « en accord avec le directeur général, le conseil d'administration détermine l'étendue et la durée des pouvoirs conférés aux directeurs généraux délégués ». C'est donc en principe le CA qui « détermine », mais... la loi a ainsi laissé au directeur général une forme de « dernier mot » ou de droit de veto sur le sujet, entérinant une forme de pouvoir ou de responsabilité d'organisation déterminant.

¹²⁴ Pour les banques, le document suivant donne p.15 et 28 quelques petites précisions qui restent au niveau de principes : https://www.bis.org/publ/bcbs30afr.pdf#xd_co_f=ZjI2ZGE3MGltNmRkNy00ZjQOLThiNzAtZDZlMTA0MGQyYTU5~

¹²⁵ <https://acpr.banque-france.fr/sites/default/files/20151218-notice-solvabilite2-systeme-gouvernance.pdf>

décisions majeures d'investissement, réponse aux plus gros appels d'offres, lancement d'un nouveau produit, ouverture d'une ligne d'activité, etc...

La règle des 4 yeux, mais surtout sa mise en œuvre pratique et effective est sans doute un champ d'étude intéressant. On ne doit sans doute pas s'arrêter à constater la nomination de 4 yeux, qui serait une simple forme de « défausse juridique ». Les travaux du présent mémoire, dont ce n'est pas l'objet principal n'ont pu chercher à approfondir ce sujet, ni examiner les travaux ou analyses complémentaires que l'ACPR pourrait faire, ou avoir fait, sur ce sujet, compte tenu de sa situation d'observateur privilégié, en dehors des positions déjà publiées examinées. Nous pensons que des travaux ultérieurs, sauf s'ils existaient déjà, pourraient chercher à approfondir ces questions de mise en pratique de la règle des 4 yeux.

L'équilibre original caractérisant la mutualité mérite-t-il d'être bousculé compte tenu des enjeux majeurs de la gouvernance mutualiste¹²⁶ et d'un retour d'expérience peut-être encore trop court dans les assurances sur les questions de mise en pratique de la règle des 4 yeux ? Non seulement cela pourrait priver d'un champ d'observation dans les types de solutions au sens de Gomez [2009], mais cela pourrait par ailleurs donner un mauvais signal pour la poursuite des efforts de montée en compétences des élus mutualistes.

III.4.c) Des exigences de compétences renforcées

Dans le monde mutualiste les administrateurs n'ont sans doute jamais eu le sentiment de « perdre leur temps », fût-ce de façon « distinguée » au sein de leurs conseils. Ils s'y sont toujours investis pour leurs adhérents, pour concevoir les solutions spécifiquement adaptées à leurs besoins (voir Couret et Lacan [2009, p.41] et la « procédure des vœux »), ou encore pour transformer les excédents en action sociale. Mais, sans faire table rase de tout cela qui bien évidemment perdure, ce qu'on attend d'eux aujourd'hui a profondément évolué, tout particulièrement avec Solvabilité II, mais aussi et surtout peut-être avec des stratégies beaucoup plus difficiles à cerner qu'avant. Une abondante littérature, en partie référencée dans ce mémoire, le souligne.

Le rapport Lambert [1998], toujours lui, qui décidément avait dressé un très vaste tour d'horizon de l'assurance et donc des mutuelles, soulignait déjà les enjeux de professionnalisation de la gouvernance : *« A cet égard, il apparaît opportun de professionnaliser l'échelon de contrôle de la structure managériale des mutuelles. Il convient également de développer des rapports plus transparents, plus réactifs et plus participatifs entre les mutuelles et les sociétaires pour relancer la flamme mutualiste. »*

Il paraît enfin opportun d'améliorer le contrôle interne des sociétés mutuelles en permettant la nomination d'administrateurs indépendants. »

Notons que cette dernière disposition permettrait de faciliter la féminisation des conseils d'administration dans les cas où cela peut se révéler difficile par le seul jeu des élections. Mais, et ce

¹²⁶ Notamment dans l'ambiance de « mutuelle bashing » dénoncée par Thierry Beudet : <http://blog.vivamagazine.fr/article/blog-article-et-si-le-rac-0-ne-beneficiait-pas-ceux-qui-en-ont-le-plus-besoin-173828/>

n'est pas bien sûr en raison de ce potentiel avantage, elle ne soulève aucun enthousiasme chez les mutualistes. Même l'institut français des administrateurs (IFA) y est défavorable et on ne peut pas l'accuser d'être partial sur ce sujet : « *La présence d'administrateurs indépendants n'a ni sens, ni justification dans le cœur coopératif et mutualiste des entreprises. Elle peut être envisagée dans les filiales, cotées ou non* » [IFA, 2006, p. 34].

Le rapport Lambert poursuit en appelant aussi, à l'époque, à une évolution du statut de l'écu et aborde même la question de son indemnisation, pour le cas des mutuelles d'assurance : « *Le groupe de travail soutient par conséquent sans réserve l'initiative des sociétés d'assurance mutuelles tendant à élaborer un statut juridique de mandataire mutualiste, prévoyant une juste rémunération du mandataire de mutuelle, proportionnelle au temps qu'il y consacre et aux responsabilités qu'il y exerce* ».

En tout état de cause, la montée en compétences paraît incontournable. Elle est par ailleurs sans doute motivante, surtout si on ne fait rien qui puisse la décourager.

III.4.d) L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution souhaite une gouvernance éclairée

« Eclairée » doit ici être interprété dans les deux sens :

- elle est éclairée dans le sens où elle est apte à comprendre les enjeux ;
- elle est éclairée dans sa prise de décision, en étant alimentée en informations claires et intelligibles.

L'ACPR semble très soucieuse des questions de bonne gouvernance et surtout de bonne compréhension et appropriation des enjeux par d'autres que les seuls dirigeants et cadres opérationnels. Tel que rapporté par la FNMF, l'ACPR s'exprime ainsi : « *Le troisième défi **concerne la gouvernance**. Solvabilité II pose de nouvelles exigences, il est nécessaire de bien en comprendre la portée. Le prisme du régulateur européen est une entrée par les risques, les exigences portent donc sur tout ce qui permet de contrôler et maîtriser les risques, ce qui, selon Bernard DELAS peut conduire à surpondérer certains points. Avec l'apparition des notions de dirigeants effectifs, responsables de fonctions clés, politiques écrites orientées « contrôle et gestion des risques », il existe un risque de se plier à un « jargon d'actuaire ou de technocrates » alors que pour « bien comprendre les enjeux, les dirigeants doivent exiger qu'on leur parle un langage compréhensible. Les décisions courageuses sont dans un langage vrai, non dans un jargon technique ». Bernard DELAS lance donc un appel « soyez exigeants vis-à-vis de vos collaborateurs pour que le langage soit clair », rappelant que la crise des subprimes découle du fait que des produits ont été conçus sans que les gouvernants ne les comprennent... » [FNMF 2019].*

Ainsi la gouvernance mutualiste n'est surtout pas invitée à ressembler à une caricature qui pourrait avoir été faite par le passé et ressembler à la boutade de Detœuf en version « convivialité ». Il est essentiel qu'elle soit compétente et apte à maîtriser les différentes dimensions de l'activité de la mutuelle et de la gestion d'entreprise. Cela tombe très bien car le chemin de la professionnalisation

semble être celui pris de longue date par les mutualistes, même si les origines professionnelles des administrateurs sont très diverses, ce qui est aussi une richesse et s'accorde bien avec la notion de « compétence collective » du conseil, qui a été reconnue formellement.

En tout état de cause, quelles que soient les appréciations sur les bonnes formules d'un système de gouvernance et le bon positionnement du fonctionnement démocratique, nous gageons que tout le monde devrait facilement s'accorder à considérer que disposer d'une gouvernance appropriée, qualifiée, crédible et efficace capable à la fois de porter et définir l'essence d'un projet relevant de l'économie sociale et solidaire et de parfaitement comprendre les défis et enjeux clés du secteur de l'assurance, constitue un enjeu essentiel pour la mutualité, tant pour la survie de son modèle que pour celle des projets qu'elle porte et souhaitera porter.

III.5. Les stratégies envisageables

Dans ce dernier chapitre nous tentons de donner quelques pistes rapides de stratégies génériques possibles pour les mutuelles. Nous utiliserons pour cela notre analyse des questions de taille de la partie II, mais aussi le prisme d'analyse défini par Michael Porter qui nous a semblé adapté en dépit des limites parfois soulignées de ses approches et théories ([WEB 10] et [Aktouf, 2003]).

III.5.a) Stratégies génériques et secteur de l'assurance santé

L'article en ligne du Professeur Cliff Bowman de Stratevolve décrit de façon très synthétique les stratégies génériques définies par Michael Porter en 1980 et reprises dans nombre de ses ouvrages, tout en y apportant quelques critiques [WEB 10]. Michael Porter identifie deux natures d'avantages concurrentiels qui peuvent distinguer une entreprise de ses concurrents :

- des coûts moins élevés (*low cost position*) ;
- une différenciation de son offre vue du client (*uniqueness perceived by the customer*).

Par ailleurs, il prend en considération la cible que se fixe l'entreprise, où plutôt la taille du champ concurrentiel qu'elle se donne. La cible peut être large (*broad scope of products and markets*¹²⁷) ou bien étroite (*narrow scope of products and markets*¹²⁸).

La combinaison de ces deux dimensions, nature d'avantage et étendue de la cible, permet à Porter de proposer trois stratégies génériques :

- la « **domination par les coûts** » sur cible large (*cost leadership*) ;
- la « **différenciation** » sur cible large (*differentiation*) ;
- et la « **focalisation** » sur cible étroite (*focus*) fondée sur les coûts ou sur la différenciation.

¹²⁷ Noté *Industrywide* sur le schéma

¹²⁸ Noté *Particular segment only* sur le schéma

Le risque stratégique pour Porter est celui dit d' « **enlissement dans la médiane** » (*stuck in the middle*). C'est celui du non-choix, lorsque l'on court après tout à la fois (ou après rien de précis). Un graphique tiré d'un article Wikipedia¹²⁹ repris figure 44 représente de façon simple les éléments ci-dessus.

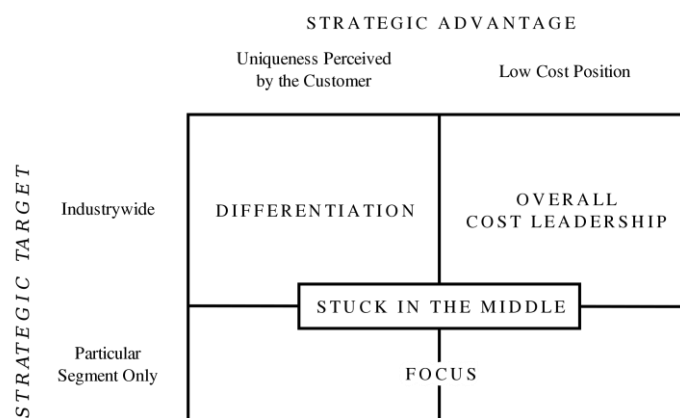


Figure 44 : Stratégies génériques de Porter (source du graphique Wikipedia, qui le qualifie d'apocryphe)

Dans quelle mesure peut-on appliquer cela au secteur qui nous intéresse et notamment aux mutuelles qui ne relèvent pas du secteur capitaliste visé par les stratégies de maximisation du profit évoquées par Porter ?

Tout d'abord le jeu concurrentiel dans lequel la mutualité est entrée depuis les années 1980 place clairement les mutuelles dans un contexte de même nature, où le positionnement peut s'analyser dans des termes semblables. Pour les assurances dans le domaine de la santé¹³⁰, Demange et Geoffard [2004] retiennent trois catégories de stratégies en ajoutant une dimension de gestion des risques : « Placés en situation de concurrence, les organismes mettent en place des stratégies afin de « maximiser » leur profit. Ces stratégies relèvent de trois catégories :

1. Gérer son « portefeuille de risques »
2. Minimiser les coûts (gestion du risque santé)
3. Se protéger de la concurrence : différenciation. »

On y retrouve deux des stratégies de Porter (2 et 3). La première en revanche sera écartée car nous l'entendons dans un sens qui nous paraît peu mutualiste.

¹²⁹ Voir : https://fr.wikipedia.org/wiki/Strat%C3%A9gies_g%C3%A9n%C3%A9riques_de_Porter#CITEREFPorter1986. Nous avons choisi ce schéma car il est un des rares qui mentionne explicitement la situation d'enlissement dans la médiane « stuck in the middle ».

¹³⁰ Ils ne parlent pas que des complémentaires et leur champ d'observation considère des modèles étrangers.

A. La focalisation ou spécialisation : le terrain historique des mutuelles ?

La focalisation consiste donc à se concentrer sur un segment de marché de relativement petite taille, spécialisé, ce qui permet notamment de ne pas affronter directement les concurrents généralistes les plus redoutables. On peut l'appeler aussi « stratégie de niche ». Les mutuelles dites « affinitaires¹³¹ » sont a priori dans cette logique.

Ce positionnement stratégique ne suppose pas nécessairement une petite taille, certains marchés « spécialisés » pouvant viser des populations conséquentes de plusieurs centaines de milliers d'adhérents. Il correspond, dans l'esprit, aux propos de Philippe Dabat d'AG2R La Mondiale qui s'exprimait ainsi lors d'une matinée de l'ADOM [2019b] : « *On peut avoir une grande taille, une taille moyenne, une taille petite, ce qui est important c'est de bien connaître le marché sur lequel on est plutôt que sa taille, d'y avoir des éléments de différenciation forts et un bon service à nos clients.* ».

Il nous paraît être celui de nombre de petites et moyennes mutuelles, qui se sont souvent constituées sur des logiques affinitaires, d'entreprise, ou encore territoriales. Elle permettait ainsi une affinité et une proximité plus naturelles avec sa mutuelle, dans une logique d'*affectio societatis*. Comme peut le laisser penser notre analyse du II.3 et surtout comme le mettent en évidence Leduc et Montaut [2017], **elle peut procurer un avantage sur les frais de gestion**, notamment en réduisant les frais d'acquisition des contrats.

Elle semble donc par principe pertinente pour une mutuelle, surtout si celle-ci propose une offre, une qualité de service ou encore des processus spécifiquement adaptés à une population donnée. Elle est conforme aux origines historiques de la mutualité¹³².

La seule question est celle de la viabilité de son maintien ou de sa pérennité, dans un contexte où les modèles d'affaire sont bousculés (cf. I.1.a).A.). Il n'y a évidemment aucune réponse générique à cette question. **Le dilemme stratégique est souvent, avant tout, de se demander si on peut échapper à la décroissance ou au vieillissement de son portefeuille** dans le contexte de concurrence généralisée. Les difficultés en la matière constituent sans doute l'explication première du mouvement de concentration.

Outre la focalisation, quelles autres stratégies sont pertinentes ?

B. Peut-on dominer par les coûts ?

Filser [1998] nous rappelle que Porter estime que « *si la concurrence est trop vive, aucune issue ne peut résulter de la domination par les coûts, et le recours à la différenciation ou à la concentration est la seule issue pour préserver la rentabilité de l'entreprise* »¹³³. On peut considérer que dans le domaine de la complémentaire santé la concurrence est très vive. **Rechercher un avantage concurrentiel sous ce seul angle paraît difficile**. Comme le souligne Cliff Bowman, on peut toutefois

¹³¹ Ce qui peut être étendu à une notion territoriale, d'entreprise, de métier, de statut, etc...

¹³² Avec les racines de l'entraide solidaire rurale des ouvriers, le compagnonnage, etc...

¹³³ Nota : par « concentration » il faut manifester ici entendre la stratégie de « focalisation » de Porter et non pas le rapprochement entre acteurs.

se différencier et chercher à réduire ses coûts en même temps [WEB, 10], mais ce n'est pas, selon Porter, ce qui pourra faire la différence.

Même si par principe les mutuelles peuvent prétendre à être moins chères (cf. III.1.c)), nous avons souligné les limites de cette approche au III.1.c).D. **Cette stratégie est donc risquée et peut conduire aussi à « l'enlèvement dans la médiane »** de Porter, surtout face à de redoutables concurrents, capitalistes ou non, implantés ou émergents (bancassureurs, Alan, etc...).

C. Peut-on jouer la différenciation ?

Peut-on se différencier en complémentaire santé dans le contexte de très fort encadrement réglementaire du domaine, par ailleurs étroitement lié à l'AMO ?

Pour Demange et Geoffard [2004] cela ne paraît pas impossible, mais cela reste limité. A propos de la recherche d'une stratégie de différenciation, ils indiquent : « *En pratique, lorsque le panier de soins couverts par l'organisme est défini par la loi, les stratégies de différenciation passent par une variété des relations contractuelles entre les organismes et les assurés, d'une part, et les organismes et les producteurs, d'autre part.* ».

La différenciation semble possible, mais difficile à large échelle de marché et limitée. Elle supposera aussi sans doute de très lourd investissement pour la conviction (publicité, etc...). Elle peut aussi reposer sur la mise en valeur, tout simplement du modèle mutualiste, dans la logique de la campagne de la FNMF « Votre mutuelle est-elle vraiment une mutuelle ? ». Nous avons cependant déjà signalé que l'apparition de la notion de « sociétés à mission » venait quelque peu brouiller les cartes quant à ce type de communication.

III.5.b) Autres dimensions de la stratégie

A. Diversification

Bruno Huss, président de l'ADOM, indiquait dans sa conclusion d'une matinée que son association organisait : « *Le 2^{ème} sujet central, c'est l'élargissement de l'offre. Les mutuelles 45 n'ont pas d'avenir si elles n'élargissent pas la gamme de leurs produits car la santé est devenue un projet complètement régalié et l'Etat ne peut plus tout contrôler (il a déjà procédé à l'encadrement, l'administration des offres, la gestion, les moyens économiques... jusqu'où ça ira ?), la mutualité doit se projeter, se réinventer en dehors de la Complémentaire Santé* » [ADOM, 2019b].

Beudet et Pierron [2019] y invitent d'ailleurs les mutualistes en estimant tout d'abord qu'« *Opportunément, la Mutualité n'est pas soluble dans l'assurance santé.* » [p.93], ni même dans l'assurance tout court [p.94]. Ils les encouragent à s'investir dans de nouveaux champs de besoins sociaux : logement, jeunesse ou grand âge [p.124].

La diversification paraît hautement souhaitable, et sans doute plus que toute course à la taille mal contrôlée en santé. Elle peut s'exprimer, outre l'investissement dans de nouveaux champs par ses moyens propres, dans le rapprochement entre des acteurs partageant les mêmes valeurs mais opérant sur des champs complémentaires, par exemple santé, épargne, retraite, voire IARD ou encore, comme

suggéré par Beudet et Pierron [2018, p.94] dans d'autres secteurs où des besoins sociaux sont « *non ou mal couverts* ».

B. Intérêt des coopérations comme alternative à la croissance externe

Nous avons évoqué en partie II à propos du « pouvoir de marché » l'article de Philippe Dulbecco [2001]. Il évoque les stratégies de concentration et indique notamment que : « *Dans une logique de pouvoir de marché la croissance externe vise d'une part à renforcer les positions domestiques des entreprises qui y ont recours et d'autre part, et peut être surtout, à répondre à l'euro-pénétration et à la globalisation de l'économie.* » [Dulbecco, 2001, p.13]. Toutefois il défend l'idée de logiques alternatives à celle de croissance externe et de concentration pour les mutuelles d'assurance. Il rappelle leurs avantages spécifiques :

- prix (pas de ROE à délivrer) ;
- qualité des processus plus élevée ;
- forte image de marque auprès des sociétaires.

Il estime qu'ils peuvent être valorisés et qu'ils doivent s'appuyer sur leurs forces : « *la prise en compte des particularités des entreprises mutualistes ouvre la voie à l'examen de nouvelles options stratégiques, au premier titre desquelles la coopération entre mutuelles, mieux à même selon nous d'offrir une solution à la contrainte de gestion du changement économique, parce que orientée vers la demande finale, le client.* » [Dulbecco, 2001, p.27].

Cela rejoint étonnamment les suggestions de Mlouka et Sahut [2008], dans leur étude évoquée au II.1, qui constataient la meilleure compétitivité des entreprises moyennes tunisiennes. Même si nous avons déjà signalé la difficulté de transposer leur analyse au secteur de la complémentaire santé en France, notons qu'ils indiquent « *La solution pour ces entreprises, afin d'assurer leur compétitivité, est peut-être de créer un réseau local voire mondial de moyennes entreprises dont la dépendance peut revêtir d'innombrables formes de coopération.* ».

Thomas Ollivier de la MAIF semble aussi sur la même ligne : « *Quel niveau de rapprochement ? Nous on croit beaucoup au concept d'entreprise étendu à la MAIF, donc y compris avec nos partenaires, sans pour autant parler de fusion* » [ADOM, 2019b].

Ces **logiques de coopérations** doivent naturellement être explorées par les mutuelles.

C. Des coopérations plus structurantes mais « multi-affinitaires » ?

Pour aller plus loin que la simple « coopération » nombre de mutuelles sont rentrées dans des logiques de fusion (nous ne revenons pas sur la dynamique de concentration), mais aussi comme nous l'avons vu en partie I, dans des logiques de groupes structurants et notamment prudentiels.

Lorsqu'il ne s'agit pas d'un prélude à la fusion, c'est sans doute le signe de vouloir conserver des identités propres, mais diverses, au sein d'un même groupe, dans une stratégie combinant :

-
- le développement de synergies et d'économies d'échelle, voire d'un certain pouvoir de marché ;
 - la préservation d'un certain niveau de stratégie « de niche », de « focalisation » ;
 - la limitation des risques de déséconomies d'échelle, en laissant décentralisé ce qui doit plutôt l'être.

Cette logique est proche de celle d'un groupe comme Covéa, SGAM qui rassemble, notamment, trois sociétés d'assurance mutuelles qui restent des « marques » à part entière avec leurs positionnements et leurs valeurs propres.

Ces logiques paraissent évidemment *a priori* très pertinentes. Elles constituent une forme de course à la taille, certes, mais ménageant certains des risques évoqués dans III.2.b) et notamment celui portant sur l'*affectio societatis*. La première condition de réussite est sans doute la réelle valeur ajoutée apportée par la structure de tête (UMG, SGAM ou autre) au-delà des coûts qu'elle entraîne. La seconde est celle des choix judicieux de décentralisation et d'autonomie qui doivent s'équilibrer avec une logique d'ensemble.

Il subsiste toutefois des risques :

- d'éventuelles structures de gouvernance complexes et « multicouches » et donc des coûts d'agence et de transaction ;
- la difficulté à développer un réel *affectio societatis* « de groupe » et à définir et mettre en place, en cohérence, une réelle gouvernance démocratique de niveau groupe¹³⁴ ; il s'agit aussi du risque de dérive « autocratique » (III.2.c) ;
- la difficulté à concilier stratégie d'ensemble et un minimum d'autonomie ;
- la tentation de la « boule de neige » : toujours plus de diversification, de développement, de recherche de croissance, au détriment de la valeur ajoutée initiale recherchée pour l'adhérent.

III.5.c) Logiques à considérer en fonction de la taille

La revue de littérature et les considérations des 2 paragraphes qui précèdent, croisées avec nos analyses du II.4 sur les questions spécifiques relatives à la taille nous permettent de proposer dans cette section quelques idées génériques de stratégies ou de simple positionnement en fonction des segments de taille. Les propositions qui suivent **ne sont que des suggestions de ce qui peut être considéré comme un positionnement logique *a priori***, compte tenu des considérations développées sur la taille en deuxième partie. **Chaque mutuelle reste un cas particulier et rien ne contraint bien sûr le champ de la réflexion.**

¹³⁴ L'éloignement de l'adhérent paraît inévitable quand on touche au pilotage du groupe et de ses objectifs, avec une question finale qui devient : « qui est vraiment le pilote de l'avion ? ».

A. De 0 à 5 M€

- La **focalisation (ou spécialisation) semble être la seule voie à privilégier** dans cette plage de taille.
- La vulnérabilité de ce positionnement dépend essentiellement des logiques de marché qui gouvernent le champ visé. Elle peut être significative, notamment en cas de capitalisation juste suffisante. La mutuelle est par ailleurs prise entre le risque de dépasser le seuil et celui de ne pas réussir à stabiliser sa taille.
- La recherche de coopération est possible voire souhaitable, mais il faut éviter toute structure trop coûteuse.
- Une structure légère de groupe non prudentiel peut être recherchée entre plusieurs mutuelles aux marchés strictement complémentaires, de cette taille ou un peu plus grandes, pour développer des synergies de tous types.

B. De 5 à 25 M€

La situation est souvent comparable à la précédente, à la différence importante près d'être au-dessus du seuil Solvabilité II.

- La **focalisation (ou spécialisation) semble être la seule voie à privilégier** dans cette plage de taille.
- Une **stratégie plus « généraliste » paraît a priori inaccessible.**
- La vulnérabilité de ce positionnement dépend essentiellement des logiques de marché qui gouvernent le champ visé. Elle peut être significative, notamment en cas de capitalisation tout juste suffisante.
- La recherche de coopération est possible voire souhaitable, mais il faut éviter toute structure trop coûteuse.
- Une structure légère de groupe non prudentiel peut être recherchée entre plusieurs mutuelles aux marchés strictement complémentaires, de cette taille ou un peu plus grandes, pour **développer des synergies de tous types et plus particulièrement la mutualisation des ressources mobilisées sur les exigences qualitatives de solvabilité II.**
- La participation à un groupe « multi-affinitaire » peut être envisagée.

C. De 25 à 100 M€

- La **focalisation (ou spécialisation) reste la voie à privilégier** dans cette plage de taille.
- Une **stratégie plus « généraliste » paraît très difficile à mener.**
- La vulnérabilité de ce positionnement dépend essentiellement des logiques de marché qui gouvernent le champ visé.
- La recherche de coopération est souhaitable.
- Une structure légère de groupe non prudentiel peut être recherchée entre plusieurs mutuelles aux marchés strictement complémentaires, de cette taille ou un peu plus grandes, **pour développer des synergies de tous types.**
- La participation à un groupe « multi-affinitaire » paraît judicieuse.

D. De 100 à 500 M€

- La **focalisation (ou spécialisation) reste la voie à privilégier** dans cette plage de taille.
- Une **stratégie plus « généraliste » reste délicate à mener.**
- La **diversification** peut être envisagée
- La recherche de coopération est souhaitable.
- Une structure légère de groupe non prudentiel peut être recherchée entre plusieurs mutuelles aux marchés strictement complémentaires, de cette taille ou un peu plus grandes, **pour développer des synergies de tous types.**
- La **participation à un groupe « multi-affinitaire »** paraît judicieuse. Il convient toutefois d'être très vigilant quant aux coûts de structure.

E. De 500 à 1 000 M€

- La **focalisation (ou spécialisation) reste la voie à privilégier** dans cette plage de taille.
- Une **stratégie plus « généraliste » est envisageable, voire viable** : notamment dans une logique de **différenciation** (large cible et recherche de différenciants).
- La **diversification doit être recherchée** prioritairement avec des partenaires de poids comparable.
- La recherche de coopération est souhaitable.
- Une structure légère de groupe non prudentiel peut être recherchée entre plusieurs mutuelles aux marchés strictement complémentaires, de cette taille ou un peu plus grandes, **pour développer des synergies de tous types.**
- La **participation à un groupe « multi-affinitaire »** paraît judicieuse. Il convient toutefois d'être très vigilant quant aux coûts de structure.

F. 1 000 M€ et au-delà

Les mutuelles qui sont dans cette plage sont souvent déjà le résultat de la mise en œuvre de stratégies ambitieuses et ont construit des logiques d'économies d'échelle.

- La **focalisation (ou spécialisation) reste une voie intéressante.**
- Une **stratégie plus « généraliste » est viable**, notamment de **différenciation** (large cible et recherche de différenciants).
- La **diversification doit être recherchée** y compris par ses propres moyens.
- La recherche de coopération reste souhaitable.
- La **participation à un groupe « multi-affinitaire »** paraît judicieuse. Le cas échant, c'est même l'évolution vers une certaine décentralisation qui peut être recherchée (y compris avec des modèles de type filiales).

*« Il n’y a point d’industrie dont la prospérité soit stable,
si cette prospérité est fondée sur des bases contraires à l’intérêt commun. »*

Auguste Detœuf

CONCLUSION

« Dessine-moi une belle mutuelle »

Un écho mutualiste a été donné à la citation d'Auguste Detœuf, choisie pour introduire cette conclusion sur la page qui précède. On le trouve dans la préface de l'ouvrage d'Alain Rey [2013], signée par Étienne Caniard, alors président de la FNMF :

« J'insisterai sur ce dernier point, car cette concrétisation, cette preuve de notre différence, ce que je nomme le « service social rendu » mutualiste, constitue la pierre angulaire de tout édifice d'avenir. C'est, en effet, sur cette pierre que se construisent la confiance des adhérents tout autant que l'adhésion de nouveaux militants. Donc notre futur. »

Le « service social rendu » doit sans aucun doute être au cœur des projets portés par les mutualistes. Étienne Caniard, dans la même préface, indiquait aussi « *La Mutualité a beaucoup évolué, mais cette évolution doit se poursuivre* ». Cette phrase résume finalement une partie de ce que nous avons examiné dans ce mémoire.

La Mutualité a, en effet, « *beaucoup évolué* » au cours de son histoire.

Au sortir de la deuxième guerre mondiale, avec la création de la Sécurité sociale, l'avenir et les raisons d'être de la Mutualité ont été remis en question. Cette première crise existentielle trouve son issue dans un nouveau positionnement : les mutuelles deviennent des « organismes complémentaires d'assurance maladie », qui complètent, notamment, grâce à la mutualisation des cotisations de leurs adhérents, la prise en charge de prestations non entièrement couvertes par la Sécurité sociale. Certaines d'entre elles peuvent aussi gérer le régime obligatoire, notamment celui des fonctionnaires. Le régime de base influence donc très fortement l'activité des mutuelles et on finit par les appeler « mutuelles 45 ».

L'activité de complémentaire santé est progressivement investie, d'abord sur les contrats collectifs, par d'autres acteurs : les institutions de prévoyance mais aussi les sociétés d'assurances. Depuis les années 80, la concurrence se généralise. Certains assureurs semblent tentés de considérer la couverture complémentaire santé comme un « produit d'appel », peu rentable mais stratégique, car de fait quasi obligatoire. C'est donc essentiellement une porte d'entrée de la stratégie classique de « multi équipement » sur une clientèle en portefeuille. Cette concurrence qui devient de plus en plus exacerbée n'avait jamais été le terrain de prédilection d'une Mutualité, dans l'ensemble plutôt structurée, de manière naturelle, par corporations, territoires, entreprises, dans une approche non-lucrative.

Au fil de ces évolutions, un mouvement de concentration des mutuelles s'est installé durablement depuis l'après seconde guerre mondiale. Leur nombre a considérablement diminué, mais le nombre de mutualistes, compris au sens des adhérents a, lui, beaucoup augmenté à la suite du repositionnement de 1945 et cela constitue, aujourd'hui encore, une population très importante. Cette concentration s'inscrit aussi dans celle des organismes d'assurance en général.

La conduite de cette évolution qui « *doit se poursuivre* » selon Etienne Caniard est donc une tâche difficile. Thierry Beaudet et Luc Pierron [2019] encouragent les mutualistes à s’y atteler, tout en ne différant pas « *le nécessaire exercice d’introspection des mutuelles* » [p.107]. Nous y revenons plus loin.

Nous avons souhaité, dans ce mémoire, apporter des éclairages sur certaines des questions que cette évolution et cette concentration soulèvent. Plus particulièrement, nous avons voulu évaluer à quel point la question de la taille doit aujourd’hui influencer la stratégie des organismes de complémentaire santé et plus particulièrement celle des mutuelles.

L’environnement règlementaire se complexifie, dans le domaine de la complémentaire santé, où les contrats et prestations sont fortement encadrés mais aussi fiscalisés, mais aussi en ce qui concerne les activités assurantielles. La dernière décennie a notamment vu la mise en place d’une réforme particulièrement structurante pour les assureurs : la directive « Solvabilité II ». Cette réforme poursuit des objectifs incontestables : favoriser la stabilité financière et offrir davantage de sécurité aux assurés européens. Elle veut aussi faire de l’intégration du marché européen de l’assurance une réalité. Elle paraît jouer un rôle majeur dans les évolutions du paysage des assureurs et notamment des mutuelles. Elle a fait aussi l’objet de certaines critiques, non pas en ce qui concerne les objectifs poursuivis, mais quant aux nouvelles règles quantitatives et mêmes qualitatives, jugées trop complexes, parfois disproportionnées et aux effets peut-être mal anticipés. Les fondamentaux de la réforme semblent en place pour longtemps. Toutefois quelques ajustements sont déjà envisagés. Les conséquences sur le monde de l’assurance et plus particulièrement sur les petites entités devraient continuer d’être observées, même si certaines simplifications et un élargissement du « principe de proportionnalité » peuvent être espérés.

Le rythme de la concentration est bien moins spectaculaire pour les sociétés d’assurance que pour les mutuelles. Le contexte leur paraît même, finalement, plutôt favorable. Elles ne cessent de gagner des parts de marché [DREES, 2019] et elles sont aujourd’hui, elles, plus nombreuses à exercer en santé qu’en 2009 selon les données de la DREES [2018]. Dans ce même paysage, on voit même émerger des tentatives de disruption, des start-up de l’assurance santé, qui semblent ne se soucier ni de leur taille d’origine, ni de l’appartenance à un groupe, au moins dans un premier temps (II.2.e).

Nous pensons que la question de la performance recherchée par les organismes mutualistes, déjà explorée, par exemple par Couret et Lacan [2009] ou encore Caby et Lamarque [2019], est une question essentielle pour comprendre ce qui peut ou devrait guider les évolutions. Cette question n’est pas que méthodologique. La performance ne se pense nécessairement pas dans les mêmes termes en secteur capitaliste ou au sein du secteur non-lucratif, ou dit à « *lucrativité limitée* ». Sans définition et pilotage de la performance ou des objectifs, il n’y a ni projet ni gouvernance valides. C’est peut-être même une question essentielle pour l’économie sociale et solidaire et son avenir. Nous pensons même, comme Caby et Lamarque [2019], qui étudient plus particulièrement le cas des banques coopératives et mutualistes, que cette question nécessite des travaux ultérieurs approfondis.

Ce mémoire se contente, sous un angle moins ambitieux, de réfléchir à ce sujet pour le cas des mutuelles santé. Nous avons examiné quelques pistes pour définir ce que peut être leur performance recherchée. L'exercice est difficile et le domaine est si encadré qu'il limite les champs potentiels de création de valeur. Aussi, nous n'avons retenu à ce stade que quelques indicateurs très simples, centrés sur la valeur économique objective pour l'adhérent (un ratio prestations sur cotisations élargi à l'action sociale) et celle qu'il perçoit (un *churn* adapté ou encore un indicateur de type *Net Promoter Score™*), ainsi que l'atteinte d'une cible donnée pouvant marquer le succès du projet porté par la mutuelle. Nous avons écarté celui de la rentabilité des capitaux ou encore le taux de frais de gestion. Quant à la solvabilité, elle n'est pas une performance, mais tout simplement une exigence.

Nous avons cherché à identifier et résumer les principales motivations invoquées par les analystes pour expliquer la dynamique de concentration actuelle : le poids des évolutions règlementaires et la pression concurrentielle entraînent la recherche d'économies d'échelle et la redéfinition des contours des projets et de la stratégie. Ils façonnent également des regroupements structurants entre acteurs.

Une forme de « course à la taille » s'est installée, de fait, dans les esprits. Le seul salut dans un monde complexe, bousculé et de concurrence exacerbée serait de gagner en taille, force et puissance, ou de rejoindre l'abri d'un groupe qui se serait placé dans cette dynamique. Nous avons souhaité porter un regard critique et pragmatique sur ce sujet complexe. Nous avons en particulier tenté de cerner ce que l'on peut réellement mettre derrière la notion de « taille critique » en complémentaire santé.

Une courte revue de littérature permettant de cerner les sous-jacents théoriques ou empiriques de cette notion fait apparaître, d'une part qu'elle n'est pas vraiment l'objet, en tant que tel, de la théorie économique et, d'autre part, que la relation entre taille et performance des entreprises est ambiguë et controversée. De nombreux facteurs influencent la taille des entreprises, mais celle-ci ne paraît pas, finalement, être en soi un gage de performance.

Nous avons passé en revue les principaux avantages que la taille est susceptible d'apporter à un assureur, puis les avons analysés en croisant quelques références avec les avis de managers expérimentés. Ces analyses nous ont permis de quantifier de façon heuristique certains seuils susceptibles de marquer des transitions en matière d'effets ou de caractéristiques liés à la taille. Notre analyse des données des rapports publics, mais aussi de données anonymisées, individuelles et agrégées, portant sur 165 mutuelles, mettent aussi en évidence des relations ambiguës entre taille et performance en ce qui concerne les mutuelles. Les petites mutuelles sont dans des situations très diverses. En moyenne elles semblent rester robustes et efficaces mais, en réalité, cela cache une grande dispersion des situations et nombre d'entre elles semblent proches de la fragilité. Les plus grosses semblent plus stables mais pas nécessairement plus efficaces ni performantes aujourd'hui, ni même mieux capitalisées au regard de leurs engagements assurantiels.

Nous avons ainsi montré qu'il ne semble pas exister de « taille critique » dans l'absolu, ni même de taille optimale en complémentaire santé. Sans plus de précision, le concept de « taille critique » se révèle en réalité mal défini et inopérant. Il ne peut guider aucune mutuelle dans ses choix. La « taille critique », lorsque certains l'identifient ou l'invoquent à un moment donné et en fonction de certains critères, risque de toute façon fort d'être une cible mouvante. En revanche, la taille, actuelle ou visée, soulève des problématiques, procure des avantages et des inconvénients et fait émerger des risques,

différents selon des seuils approximatifs. Nous en avons proposé un premier recensement, par tranches de taille, au II.4.

Nous avons ensuite souhaité explorer quelques différences, voire atouts qui peuvent caractériser les mutuelles : « Sociétés à mission » par nature, elles sont susceptibles de créer de la valeur pour leurs adhérents, tout en constituant un pôle, modeste, mais sans doute réel, de stabilité économique. Nous avons aussi développé l'analyse de quelques risques et points d'attention associés au mouvement de concentration. Nous avons souligné les enjeux de la gouvernance mutualiste et estimé qu'elle est aussi un modèle original, de nature à juguler les inévitables tensions entre logiques économique et sociale ou encore entre les dynamiques divergentes de « *conformation* » et de « *maintenance* », au sens de Lallemand-Stempak [2015, p.104]. L'essence du projet d'une mutuelle ne peut pas seulement être portée par une « techno structure » ou quelques talents individuels, aussi compétents et même convaincus des valeurs de l'économie sociale et solidaire soient-ils.

Enfin, nous avons proposé au III.5 une première identification de quelques stratégies génériques pour les mutuelles en fonction de leur taille. Nous avons pris comme point de départ les stratégies génériques définies par Michael Porter au début des années 80 : focalisation, différenciation, domination par les coûts. Nous les avons complétées de dimensions de mise en œuvre de la stratégie : diversification, coopération, groupements structurants mais « multi-affinitaires ». Ce travail ne se veut qu'illustrer ce que l'on peut tenter de dire à propos des questions de taille et du lien avec la stratégie. Si nous pouvons sans conteste suivre Henri de Castries cité par Lallemand-Stempak [2013] en ce qu'un « *statut juridique ne tient pas lieu de stratégie* », l'examen réalisé dans ce mémoire nous convainc qu'on peut le paraphraser en affirmant que « la recherche de la taille, de la croissance et de la rentabilité ne tient pas lieu non plus de stratégie universelle, *a fortiori* pour une mutuelle ». En tout état de cause, les choses resteront difficiles à très difficile pour les mutuelles, qui devront peut-être aussi éviter l'écueil de « *l'enlissement dans la voie médiane* » au sens de Michael Porter.

La frénésie des rapprochements devrait donc se poursuivre encore, tout comme les interrogations et la remise en question des projets. Au cœur d'un fournaise concurrentielle et d'un tourbillon réglementaire, pouvant considérer, à tort ou à raison, être parfois lâché, voire regardé avec défiance par les autorités publiques, c'est peu dire que le monde mutualiste voit ses fondements bousculés.

C'est donc peut dire que la Mutualité est encore appelée à évoluer.

Si ce n'est pas le premier « choc » de son histoire, c'est peut-être le plus insidieux, le plus durable, sans jalon ni positionnement clair qui en ressorte pour l'avenir, celui qui pourrait conduire à une mort lente et à l'éclatement du mouvement. Pour les éviter, la Mutualité doit pouvoir compter sur ses ressources et ses capacités à toujours se réinventer et investir de nouveaux champs de besoins sociaux [Beaudet, Pierron, 2018]. Jean-François Furet-Coste [2016, p86] parle de « *reconvoquer* » le projet mutualiste en citant également Hugues Sibille et c'est sans doute avec raison. Mais les creusets de ce projet deviennent multiples et ses desseins bientôt aussi divers que le sont les mutuelles, mais aussi, éminemment, et de façon de plus en plus aigüe peut-être, concurrents.

La conduite des évolutions est une tâche difficile et il convient sans doute d'innover. Couret et Lacan [2009] soulignent l'exigence, pour le secteur mutualiste, d'explorer l'innovation sociale et sociétale lorsqu'ils indiquent, à propos du spectre de la démutualisation, que « *L'un des antidotes les plus sûrs réside dans l'innovation sociale et sociétale : les SAM doivent renforcer et renouveler leur capacité à « sentir » la société pour proposer les solutions les plus pertinentes, les plus solidaires, mais aussi les plus inattendues* ».

Beudet et Pierron [2019] y encouragent les mutualistes en estimant tout d'abord qu'« *Opportunément, la Mutualité n'est pas soluble dans l'assurance santé* » [p.93], ni même dans l'assurance tout court [p.94]. Ils les encouragent à s'investir, en conséquence, dans de nouveaux champs de besoins sociaux : logement, jeunesse ou grand âge [p.124]. Il ne faut sans doute pas interpréter ces propos comme une incitation à battre en retraite sur le champ de la complémentaire santé, même si la question peut mériter d'être posée.

Pour porter tout cela, nous l'avons déjà dit, disposer d'une gouvernance appropriée, qualifiée, crédible et efficace est un enjeu essentiel et il faut laisser aux mutualistes le soin de définir le modèle de gouvernance le plus apte à porter la résolution des tensions entre logiques économique et sociale ou encore entre « *conformation* » et « *maintenance* », ainsi que de définir les moyens de monter en compétences.

Nous pensons que les réflexions et travaux présentés dans ce mémoire peuvent aussi donner des éléments d'appréciation quant à l'intérêt de travaux ultérieurs sur certaines questions soulevées :

- En premier lieu, une analyse critique de nos résultats et de notre méthodologie serait bien évidemment légitime. Toutefois nous pensons, finalement, que la question de la taille devrait plutôt retenir de moins en moins l'attention. Les enjeux sont certainement à rechercher ailleurs. La taille peut procurer des avantages, c'est certain, mais aussi son lot d'inconvénients, surtout pour la Mutualité, où elle peut soulever quelques questions de cohérence de modèle et de valeurs. La taille est aussi le résultat de la stratégie, de la gouvernance et donc de la performance recherchée.
- Nous pensons donc que les vraies questions sont donc de ce côté : définition et gouvernance de la performance. Comme déjà évoqué, Caby et Lamarque [2019] soutiennent ce point de vue dans leur conclusion : « *On peut formuler le vœu que de nombreuses recherches s'attachent à nourrir et à argumenter la création de valeur sociétariale en se fondant sur la combinaison des performances économiques et sociétales qui fait assurément son originalité* ». Les auteurs soulignent même un risque, que l'on peut rapprocher de celui de la « *dégénérescence* », déjà évoqué : « *Les pressions sur les entreprises « classiques » et leurs actionnaires pour s'engager plus encore en matière de responsabilité sociale et environnementale font que l'on pourrait assister à une convergence entre les différentes conceptions de la création de valeur, ce qui ferait perdre au modèle sociétarial sa capacité de différenciation* ». Ils en déduisent l'enjeu pour le modèle mutualiste lui-même : « *Aussi est-il urgent que ce modèle trouve les éléments de mesure et d'évaluation nécessaires pour démontrer que l'engagement coopératif et*

mutualiste crée plus de valeur ». Dulbecco [2001] estime d'ailleurs que la concentration et la course à la taille du secteur capitaliste suit des logiques qui ne sont pas forcément celles qu'il faut suivre en secteur mutualiste. Il estime qu'on peut s'appuyer plutôt sur des coopérations plus à même de proposer une « *stratégie d'initiative orienté client* », ce qui à notre sens renvoi à la notion de performance recherchée. Ces questions nous semblent aussi en lien avec celles soulevées par Katia Lobre-Lebraty [2014], à propos des groupes bancaires coopératifs, qui évoque aussi la gouvernance de la performance.

- Ensuite, et cela est lié, la recherche d'une analyse la plus objective possible de la réussite des stratégies de regroupement des mutuelles, sous l'angle de la valeur créée pour les adhérents, nous paraît aussi être un sujet intéressant, même s'il est particulièrement difficile. Nous l'avons évoqué au III.3.
- D'ici quelques années, il sera utile d'évaluer la mise en œuvre du dispositif des « sociétés à mission ». Il conviendra notamment de voir s'il ne génère pas une inutile complexité et ne vient pas perturber les sujets, déjà complexes, que nous venons de mettre en avant, à savoir la définition et la gouvernance de la performance, de la valeur.
- Enfin, de façon plus anecdotique peut-être, au-delà du principe de désignation de deux « dirigeants effectifs », les pratiques de mise en œuvre de la règle dite des « 4 yeux » au sein des entités qui y sont soumises pourraient être creusées, tout comme la définition plus précise d'au moins certaines des décisions qui devraient en relever. Cela nous semble un axe préalable à la bonne organisation de la gouvernance, prise dans sa définition systémique la plus large donnée par Pierre-Yves Gomez [2009, p13 et 14]. A défaut, le débat sur ces questions pourrait prendre un caractère plus dogmatique que pragmatique.

Au-delà des travaux du mémoire, que nous venons de résumer, nous pouvons rappeler quelques interrogations qui touchent le secteur. La complémentaire santé est un secteur finalement *a minima* doublement administré : par l'Assurance Maladie Obligatoire en tant qu'acteur de la santé et par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en tant qu'organisme d'assurance. Dans ce carrefour complexe de réglementations et de politiques, on peut se demander ce que souhaitent vraiment les pouvoirs publics à propos des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie. Qu'attendent-ils réellement d'un secteur privé, qu'il soit lucratif ou non lucratif, en la matière ? Quelle place pour la liberté de définir sa valeur ajoutée ? Aujourd'hui, les réponses à ces questions ne semblent pas claires. Les scénarios d'évolution de la logique française de la complémentaire santé font l'objet d'opinions diverses. Thierry Beaudet et Luc Pierron décrivent ces scénarios [2019, p.88 et 89]. Celui du « 100% sécurité sociale », qui ferait disparaître le secteur de la complémentaire tel qu'on le connaît aujourd'hui, ne paraît pas pouvoir être écarté, à un terme toutefois bien difficile à imaginer.

En dehors de ce scénario, si les mutuelles finissaient par considérablement perdre leurs positions dans ce secteur, on pourrait considérer que ce serait un bien mauvais signal pour l'économie sociale et solidaire, voire une forme de défaite, de tentative de cohabitation perdue. Le marché de la complémentaire santé fait partie des rares domaines au sein desquels il s'exerce une concurrence massive entre économie capitaliste et « alternative ». Il constitue un domaine de choix pour étudier l'interaction entre ces deux manières de faire de l'économie et sa dynamique, même si cette cohabitation existe aussi de longue date dans l'assurance de biens [Courret, Lacan, 2009].

Nous voudrions, dans des considérations finales plus personnelles, évoquer quelques valeurs cardinales bien connues et contribuer aux réflexions de ceux qui s'intéressent à l'économie sociale et solidaire, puis enfin terminer sur une métaphore.

En premier lieu la **Liberté**, qui fait partie des valeurs mutualistes, mais avant tout républicaines : il en faut un minimum pour que l'esprit d'entreprise, qu'il vienne du secteur lucratif ou non lucratif, puisse créer de la valeur pour les citoyens. Il ne faut pas confondre cela, bien sûr, avec le libéralisme dont certains soulignent les limites et le risque intrinsèque de dégénérescence auquel il est aussi soumis (cf. annexe 6). La liberté dont nous parlons ici nous semble parfaitement décrite par Philippe Frémeaux [2015, p.154] : « *La liberté d'entreprendre ne doit pas être limitée – mais au contraire étendue – par l'économie sociale et solidaire, ce qui n'empêche pas de modifier le cadre dans lequel elle s'exerce. L'enjeu n'étant pas de poursuivre la quête d'un hypothétique dépassement du capitalisme, concept trop pauvre pour penser le monde où nous vivons, il est d'étendre le champ de la démocratie à tous les niveaux dans une société libre et ouverte. Un processus jamais achevé, toujours à construire* ».

Partageons aussi l'optimisme de Nathalie Lallemand-Stempak [2013] quand elle conjecture « *nous rejetons la thèse d'une dégénérescence inévitable des organisations fondées sur les principes de propriété collective et de fonctionnement démocratique et nous nous plaçons dans l'hypothèse d'une pluralité et d'une complexité de notre société et des organisations qui la composent – au-delà de l'uniformité qui s'en dégage généralement quand on adopte une position de surplomb* ».

En second lieu et c'est une condition de la liberté, il nous faut considérer l'**Égalité**. Pas la chimérique égalité des individus ou des organismes, mais une sincère et réelle égalité des chances. Il ne s'agit pas de placer un modèle au-dessus de l'autre, comme le rappelle Philippe Frémeaux, mais plutôt de permettre, sérieusement, leur coexistence. Salariés, élus et dirigeants qui s'investissent dans ces différents modèles méritent une égale attention. Ils ne sont à l'abri, ni les uns ni les autres, de possibles dérives, mais ils ne méritent, dans l'ensemble, ni railleries, ni stigmatisation, ni suspicions quant à leurs motivations. Aucun des modèles ne devrait non plus avoir de « boulets aux pieds », même si des garde-fous sont toujours nécessaires et qu'il convient à cet égard d'éviter la pensée unique. Laetitia Driguez [2019] estime à cet égard à propos de l'intérêt d'une meilleure valorisation du rôle de l'économie sociale et solidaire que : « *Cette mise en valeur impose quant à elle de renoncer à faire de l'entreprise capitaliste le standard de l'économie pour laquelle toutes les règles sont pensées* ». L'évolution du monde des assurances des trente dernières années, ou encore quelques évolutions récentes touchant la complémentaire santé, interrogent à ce propos.

Enfin, même si cela peut toujours être contesté, avec son histoire et ses valeurs, le mouvement mutualiste peut raisonnablement estimer ne pas avoir de leçons à recevoir en termes de **Fraternité**. Mais cela n'exonère en rien de l'exigence d'« *introspection* » posée par Thierry Beaudet et Luc Pierron [2018, p.107].

Nous avons ouvert ce mémoire sur une citation de Marcel Dassault, qui paraît n'avoir que peu de rapport avec notre sujet. Certes, elle vient du monde de l'aéronautique et beaucoup des ouvriers, techniciens et ingénieurs qui y travaillent la connaissent. Mais, jeune ingénieur, je la connaissais sous une autre formulation : « *Quand un avion est beau, il vole bien* ». Je ne pouvais donc l'interpréter que

d'une seule façon. Pourtant, il semble que la formulation originale de Marcel Dassault soit plutôt celle donnée au début de ce mémoire : « *Un bel avion est un avion qui vole bien* ». Elle pourra donc avoir une double lecture. La première est donc la même que le premier sens que j'y trouvais.

La seconde est plus subtile. Elle constituerait une définition même de ce qu'est un bel avion : c'est celui qui vole bien.

Cette citation peut donc, peut-être, s'appliquer de façon métaphorique à la mise sur la planche à dessin de nos projets mutualistes, à laquelle le « défi posé à la Mutualité » nous réinvite. A la paraphrase de la célèbre réplique du *Petit Prince* utilisée en titre de cette conclusion, « Dessine-moi une belle mutuelle », Marcel Dassault aurait sans doute ajouté, par réflexe professionnel : « pour qu'elle vole bien ? ».

Si un projet mutualiste a de la valeur il devrait prospérer. On aura donc compris aussi, dans l'autre sens, que si un projet mutualiste prospère, cela lui confère une certaine valeur.

Au terme de ce parcours, je garde la conviction qu'il y a toujours matière à donner des ailes à des projets mutualistes, des projets utiles, à « service social rendu », ne négligeant donc pas le « devoir social » et avec une certaine liberté laissée aux acteurs qui les mènent. Et ceci même en complémentaire santé, tant qu'elle existera. Il faut toutefois leur laisser sincèrement leurs chances.

ACRONYMES

AAM	Association des Assureurs Mutualistes
ACP	Autorité de Contrôle Prudentiel, devenue ACPR par extension des missions
ACPR	Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (Banque de France)
ADOM	Association des Dirigeants d'Organismes Mutualistes
AG	Assemblée Générale
ALD	Affection Longue Durée
ANI	Accord National Interprofessionnel
CA	Conseil d'Administration
CMU	Couverture Maladie Universelle
CS	Complémentaire Santé
DG	Directeur Général
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (ministères sociaux)
EIRS	Évaluation Interne des Risques et de la Solvabilité
ESS	Économie Sociale et Solidaire
FFA	Fédération Française des Assurances
FNIM	Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité Française
GEMA	Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances
IARD	Incendie, Accidents et Risques Divers (abréviation utilisée dans le monde de l'assurance, marquant en général la distinction avec « l'assurance de personnes ». On dit parfois avec un sens proche voire équivalent « assurance de biens »)
IP	Institution de Prévoyance
IS	Impôt sur les bénéfices des Sociétés
NPS	Net Promoter Score™
OCAM	Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
ORSA	Own Risk and Solvency Assessment (i.e. EIRS)
RAROC	Risk Adjusted Return On Capital
RO	Régime Obligatoire
ROE	Return On Equity

RoRAC	Return On Risk Adjusted Capital
SAM	Société d'Assurance Mutuelle
SCR	Solvency Capital Requirement (exigence en capital pour garantir la solvabilité, dont les modalités de calcul sont définies par la réglementation Solvabilité II)
SFCR	Solvency and Financial Conditions Reports (rapports sur la solvabilité et la situation financière – document public obligatoire au titre de la réglementation Solvabilité II)
SFG	Système Fédéral de Garantie de la FNMF
SGA	Société de Groupe d'Assurance
SGAM	Société de Groupe d'Assurance Mutuelle
SGAPS	Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale
SGMA	Société de Groupe Mixte d'Assurance
TSA	Taxe de Solidarité Additionnelle (sur les contrats de complémentaire santé)
UMG	Union Mutualiste de Groupe
UNOCAM	Union National des OCAM

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abecassis Philippe, Coutinet Nathalie, Domin Jean-Paul (2014), « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie », *Revue internationale de l'économie sociale : Recma* 2014/1 (331), p. 60-75.
- ACP (2010), *Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance - 2009*, Paris : ACP, 65 pages.
- ACP (2011), *Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance - 2010*, Paris : ACP, 111 pages.
- ACPR (2015), « La situation des mutuelles du code de la mutualité en 2014 », *Analyses et Synthèses ACPR* (55), 52 pages.
- ACPR (2016a), « Indicateurs de risque et vulnérabilités en assurance sur données historiques », *Analyses et Synthèses ACPR* (67), 49 pages.
- ACPR (2016b), « La situation des principaux organismes d'assurance en 2015 », *Analyses et Synthèses ACPR* (72), 41 pages.
- ACPR (2018a), *Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance - 2017*, Paris : ACPR, 163 pages.
- ACPR (2018b), « La situation des assureurs soumis à Solvabilité II en France au premier semestre 2018 », *Analyses et Synthèses ACPR* (98), 23 pages.
- ACPR (2019a), « La rentabilité technique des organismes d'assurance non-vie en 2017 », *Analyses et Synthèses ACPR* (99), 23 pages.
- ACPR (2019b), « La situation des assureurs soumis à Solvabilité II en France à fin 2018 », *Analyses et Synthèses ACPR* (103), 23 pages.
- ACPR (2019c), *Rapport annuel ACPR 2018*, Paris : ACPR, 69 pages.
- ADICEO, (2018), *Fonction publique : quels enjeux en matière de protection sociale complémentaire ?* [En ligne], Livre Blanc publié par le cabinet de conseil ADICEO, 60 pages, consulté le 17/11/2019, disponible sur : <https://www.adiceo.com/single-post/2018/03/13/livre-blanc>.
- ADOM, (2019a), « Rapprochements entre acteurs de la protection sociale : enjeux juridiques et de gouvernance », Matinée ADOM du 22 janvier 2019, Gide Loyrette Nouel – Paris, planches présentées par Denis Kessler, Bertrand Jouanneau, Aurélien Boulanger, Yan-Eric Logeais, Emmanuel Reille et intervention de François Venturini.
- ADOM, (2019b), « Quelles sont les raisons objectives des rapprochements entre acteurs ? », Matinée ADOM du 11 juillet 2019, MAIF Social Club – Paris, interventions de Philippe Dabat (AG2R La mondiale) - Thomas Ollivier (MAIF) - Eric Blanc-Chaudier (Groupe VYV) - Jocelyn Waroux (Mutuelle Familiale) – animation et introduction Jean-Philippe Douchet (Stanwell Consulting SAS), enregistrements retranscrits.

-
- Aktouf Omar (2003), « Faut-il brûler Michael Porter ? », *Revue française de gestion*, 2003/5 (146), p. 219-222, disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2003-5-page-219.htm>
- Bain&Company, 2016, *Customer behavior and loyalty in insurance: global edition 2016* [En ligne], Bain&Company Inc., 40 pages, consulté le 10/11/2019, disponible sur : https://www.bain.com/contentassets/2da2ed7c93b34e9691ca738e5785c492/bain_report_customer_behavior_and_loyalty_in_insurance.pdf
- Bazzocchi Didier (2018), « Réformer le financement des dépenses de santé », *Risques – Les cahiers de l'assurance* (116), p.43-48.
- Beudet Thierry (2019), *Discours d'ouverture de l'assemblée générale de la FNMF* [En ligne], consulté le 09/10/2019, disponible sur mutweb : (accès réservé aux adhérents) <https://www.mutweb.fr/fr/assemblee-generale-du-8-octobre-2019-discours-du-president>.
- Beudet Thierry, Pierron Luc (2018), *La mutualité*, Paris : Que sais-je?/Humensis, 126 pages.
- Bertin-Mouroit Bénédicte, Lapôtre Marc (2003), *Gouvernement d'entreprise : fonctionnement des organes de contrôles et rôle des représentants des salariés* », Paris : CNRS/CARIS/IRES observatoire des dirigeants, 98 pages, consulté le 18/10/2019, disponible sur : <http://www.marclapotre.fr/Rapport%20gouvernement%20d%27entreprise.pdf>.
- BPIFrance, (2018), *Attirer les talents dans les PME et les ETI* [En ligne], Paris : BPI France - Analyses & Réflexions - Les Travaux du Lab, 149 pages, consulté le 16/11/2019, disponible sur : <https://www.bpifrance-lelab.fr/Analyses-Reflexions/Les-Travaux-du-Lab/Attirer-les-talents-dans-les-PME-et-les-ETI>
- Caby Jérôme, Lamarque Éric (2019), « Peut-on parler de création de valeur sociétariale ? », *Revue d'économie financière* 2019/2 (134), p. 141-155, disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-d-economie-financiere-2019-2-page-141.htm>
- Catinchi Antoine (2016), « Mutuelles, quel management pour répondre à quels enjeux ? », *Regards*, 2016/1 (49), p. 173-182. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-regards-2016-1-page-173.htm>
- Chadelat Jean-François (2016), « Histoire des complémentaires maladie », *Regards* 2016/1 (49), p. 35-44, disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-regards-2016-1-page-35.htm>
- Chambers Elizabeth G., Foulon Mark, Handfield-Jones Helen, Hankin Steven M., Michaels III Edward G. (1998), « The War for Talent » [En ligne], *The McKinsey Quarterly: The Online Journal of McKinsey & Co* – (3) summer 1998, 8 pages, consulté le 16/11/2019, disponible sur : http://www.executivesondemand.net/managementsourcing/images/stories/artigos_pdf/gestao/The_war_for_talent.pdf
- Chaserant Camille (2019), *Cours d'économie – Chapitres 4 et 5*, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne.
- CMU (2019), « Rapport d'activité 2018 - fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie » [En ligne], *Rapports CMU*, 143 pages, consulté le 05/10/2019, disponible sur : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/rapports.php>

-
- Conover C. Mitchell, Jensen Gerald, Simpson Marc W. (2016), *What Difference Do Dividends Make?* [En ligne], disponible sur : <https://ssrn.com/abstract=2798809>
- Couret Adrien, Lacan Arnaud (2009), « La valeur ajoutée du modèle mutualiste : origines et mise en perspective à travers les exemples de la Macif et de la Maif », *Revue internationale de l'économie sociale : Recma* (312), p. 35-54.
- Décret (2007), *Décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la PSC de leurs personnels*
- Décret (2008), *Décret n° 2008-1354 du 18 décembre 2008 relatif aux critères permettant de déterminer la catégorie d'appartenance d'une entreprise pour les besoins de l'analyse statistique et économique - Version consolidée au 15 octobre 2019* [En ligne], consulté le 15/10/2019, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019961059>
- Décret (2011), *Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la PSC de leurs agents, accompagné de 4 arrêtés (décret du 5 juillet 2010 pour les agents militaires)*
- Demange Gabrielle, Geoffard Pierre-Yves (2004), « À quoi peut servir la concurrence en assurance santé ? », *Revue d'économie politique* 2004/5 (114), p. 595-611, disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2004-5-page-595.htm>
- Detœuf Auguste (1936), « La fin du libéralisme », in Brun G. et al., *X-Crise. De la récurrence des crises économiques*, Paris : Économica 1981, p. 76.
- Detœuf Auguste (1937), *Propos d'O.L. Barenton, confiseur*, Paris : Éditions du Tambourinaire, 1937 (édition limitée) ; 1948 ; puis nombreuses rééditions, 231 pages.
- DREES (2018), *RAPPORT 2018 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, Paris : DREES, 69 pages.
- DREES (2019), *La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties (Edition 2019)*, Paris : DREES, 165 pages (Panorama de la DREES - Santé).
- Dreyfuss Marie-Laure (2015). *Les grands principes de Solvabilité 2 – 3^{ème} édition*, Paris : Éditions l'Argus de l'assurance, 400 pages.
- Driguez Laetitia (2019), « De l'intérêt de créer un nouveau concept : la lucrativité limitée », présenté lors de la *7th CIRIEC International Research Conference on Social Economy "Social and Solidarity Economy: Moving Towards a New Economic System"*, Bucharest (Romania), 6-9 June 2019, CIRIEC No. 2019/08, 22 pages, disponible sur : <http://www.ciriec.uliege.be/wp-content/uploads/2019/07/WP2019-08.pdf>
- Dulbecco Philippe (2001), « Les stratégies des mutuelles sur le marché européen de l'assurance : une réponse orientée client ? », *Market Management*, 2001/1 (Vol. 1), p. 59-80, également disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-market-management-2001-1-page-59.htm#no12>
- Ertan Aytakin, Lewellen Stefan, Thomas Jacob Kandathil (2018), *The Long-Run Average Cost Puzzle. SSRN Scholarly Paper*. ID 3178202, Rochester, NY: Social Science Research Network,
-

-
- disponible sur : <https://ssrn.com/abstract=3178202> ou <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3178202>
- Esmein Paul (2019), « Les mutuelles d'assurance : investisseurs privilégiés du long terme », *Revue d'économie financière*, 2019/2 (134), p. 61-71, disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-d-economie-financiere-2019-2-page-61.htm>
- Filser Marc (1998), "Taille critique et stratégie du distributeur : analyse théorique et implications managériales" [En ligne], *Décisions Marketing* (15), 1998, p.7-16, consulté le 17/10/2019, disponible sur : <https://www.association-etienne-thil.com/wp-content/uploads/2018/02/TAILLE-CRITIQUE-ET-STRATEGIE-DU-DISTRIBUTEUR.pdf>
- FNMF (2019). « Synthèse de l'intervention Bernard DELAS - Journée des dirigeants effectifs du 5 juin 2019 » [En ligne], (consulté le 09/10/2019), disponible sur : <https://www.mutweb.fr/fr/> (accès réservé aux adhérents)
- Foulquier Philippe, Arias Liliana (2009), *Solvabilité II : une opportunité de pilotage de la performance des sociétés d'assurance*, Paris : EDHEC Business School - Financial Analysis and Accounting Research Centre, 171 pages.
- Foulquier Philippe, Arias Liliana (2015), *Comment calibrer l'appétence, les tolérances et les limites de risque et quels en sont les enjeux pour l'allocation de capital, l'ERM et la performance des entreprises ?*, Paris : EDHEC Business School - Financial Analysis and Accounting Research Centre, 41 pages.
- Frémeaux Philippe (2015), *La nouvelle alternative ? Enquête sur l'économie sociale et solidaire (Quatrième édition augmentée)*, Paris : Les petits matins/Alternatives Économiques (première édition 2011), 157 pages.
- Frunza Marius (2013), "Impact de Solvabilité II sur l'économie réelle : une approche micro-économique" [en ligne], *LABEX REFI 2013*, 20 pages, consulté le 13/10/2019, disponible sur : http://www.labex-refi.com/wp-content/uploads/2013/03/2013-policy-paper3-Impact-de-Solvabilité-II-sur-l'économie-réelle_une-approche-micro-economique-Marius-Frunza.pdf
- Furet-Coste Jean-François (2016), *Principes mutualistes et concentration des mutuelles. Application au cas d'Unéo*, Paris : Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Mémoire de master 2 professionnel CAMAP - 11^{ème} Promotion, 102 pages.
- Garcia Corinne (2018), *Quel avenir pour les petites mutuelles ? A travers l'étude et l'analyse de la Mutuelle du C.H.U et Hôpitaux du Puy-de-Dôme*, Paris : Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Mémoire de diplôme universitaire Responsable Mutualiste - 14^{ème} Promotion, 88 pages.
- Garella Paolo (1989), « Fusions et acquisitions dans l'industrie européenne » [En ligne], *Observations et diagnostics économiques* (18), disponible sur : https://www.persee.fr/doc/ofce_0751-6614_1989_num_29_1_1193
- Gomez Pierre-Yves (2009), *Référentiel pour une gouvernance raisonnable des entreprises françaises* [En ligne], Paris : MiddleNext - Rapport au conseil d'administration de MiddleNext Cahier n°2 –

-
- juin 2009, 41 pages, consulté le 16/11/2019, disponible sur : http://www.ifge-online.org/docftp/Referentiel_version_site_.pdf
- IFA, (2006), *Coopératives et mutuelles : un gouvernement d'entreprise original* [En ligne], Rapport du groupe de travail présidé par Etienne Pflimlin dans le cadre de l'Institut Français des Administrateurs, 50 pages, consulté le 12/11/2019, disponible sur : <https://www.hlm.coop/ressources/all/10452>
- Jacoud L., Payen A. (2018), *Les assurances complémentaires santé en France : analyse critique à la lumière d'exemples étrangers* [En ligne], consulté le 25/10/2019, disponible sur : <https://www.revue-affairespubliques.org/single-post/2018/10/14/Les-assurances-complémentaires-santé-en-France-analyse-critique-à-la-lumière-d'exemples-étrangers>
- Jaouen Vincent (2019), *Cours de gestion et d'analyse prudentielle – Modules 1 à 4*, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Master 2 professionnel CAMAP - 14^{ème} Promotion, 379 planches.
- Joly Hervé (2009), « La direction des sociétés anonymes depuis la fin du XIXe siècle : le droit entretient la confusion des pratiques ». *Entreprises et Histoire - Eska*, p.111-125, <halshs-00536675>
- Joly Hervé (2012), « Une histoire du conseil d'administration », *Revue française de gouvernance d'entreprise, Institut français des administrateurs*, pp.87-105, <halshs-00785053>
- Kaen Fred R., Baumann Hans D. (2003), *Firm Size, Employees and Profitability in U.S. Manufacturing Industries* [En ligne], 72 pages, consulté le 22/10/2019, disponible sur : <https://ssrn.com/abstract=382402> ou <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.382402>
- Kumar Krishna B., Rajan Raghuram G., Zingales Luigi (2001), *What Determines Firm Size?* [En ligne], 49 pages, (consulté le 22/10/2019), Disponible sur : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.201.7367&rep=rep1&type=pdf>
- Koralun-Bereźnicka, Julia. (2016). « Corporate Size–Performance Relation across Countries and Industries: Findings from the European Union », *International Journal of Economic Sciences* 10.20472/ES.2016.5.1.004, p. 50-70.
- Lallemand-Stempak Nathalie (2013), *Capitalisme, Mutualisme et Démocratie dans le secteur de l'assurance : Rôles d'un dispositif d'élaboration stratégique dans la maintenance d'une organisation hybride*, Paris : HEC - Gestion et management, 369 pages.
- Lallemand-Stempak Nathalie (2015), « Rôle de la planification stratégique dans l'évolution des entreprises sociales. Le cas d'une mutuelle d'assurance » [En ligne], *Revue française de gestion*, 2015/2 (247), p. 101-117, consulté le 15/10/2019, disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2015-2-page-101.htm>
- Lambert Alain (1998), *Assurons l'avenir de l'assurance*, Rapport d'information n°45 demandé au Commissariat général du Plan sur la situation et les perspectives de l'assurance française par la commission des finances du Sénat [En ligne], consulté le 02/10/2019, disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r98-0452/r98-0452.html>
- Leduc Aude, Montaut Alexis (2017), *Complémentaire santé : les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés*, Paris : DREES - Études et Résultats (992), 6 pages.
-

-
- Lefèvre Eugénie, (2011), *Fusions, regroupements et partenariats : les mutuelles françaises et l'intégration européenne*, Paris : Thèse soutenue en février 2011 pour l'obtention du MBA Manager d'entreprise d'assurances – Ecole nationale d'assurances, 128 pages.
- Lobre-Lebraty Katia (2014), « Groupes bancaires coopératifs français : quel contrôle ? », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2014/2 (101), p. 121-144, disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2014-2-page-121.htm>
- Logeais Yan-Eric (2018), *Création de groupes non-capitalistiques d'assurance : quelques points de vigilance*, Paris : La Tribune de l'Assurance, 4 pages, disponible sur : <https://www.tribune-assurance.fr/article/8237-creation-de-groupes-non-capitalistiques-d-assurance-quelques-points-de-vigilance>.
- Mlouka Selma Ben, Sahut Jean-Michel (2008), « La taille est-elle un facteur déterminant de la compétitivité des entreprises ? », *La Revue des Sciences de Gestion*, 233(5), p. 77-86.
- Montaigne (2014), *Concilier démocratie et efficacité économique : l'exemple mutualiste*, Paris : Rapport de l'Institut Montaigne - ISSN 1771- 6764, 95 pages.
- Montaut Alexis (2018), *La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016*, Paris : DREES - Études et Résultats (1064), 6 pages.
- Picard Pierre (2016), *Le coût du capital d'une mutuelle d'assurance*, hal-01325643.
- Politis Irène (2019), *Introduction au droit des mutuelles : Principes et gouvernance*, Cours de droit de la protection sociale complémentaire, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Master 2 professionnel CAMAP - 14^{ème} Promotion, 49 planches.
- Reichheld Frederick F. (2003), « The One Number You Need to Grow » [En ligne], *Harvard Business Review* numéro de décembre 2003, consulté le 29/10/2019, disponible sur : <https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow>
- Rey Alain (2013), *Harmonie Mutuelle, l'Aventure Humaine*, Paris : Harmonie Mutuelle, 232 pages.
- Samuelian Jean-Charles (2016), *Création d'une nouvelle assurance complémentaire santé : définition d'un produit sans données historiques* [En ligne], Mémoire présenté devant le Collège des Ingénieurs pour l'admission à l'Institut des Actuaire, 105 pages, consulté le 02/10/2019, disponible sur : [http://www.ressources-actuarielles.net/ext/isfa/1226-02.nsf/9c8e3fd4d8874d60c1257052003eced6/b012b548cc31ff5ac1258089007ba31b/\\$FILE/SAMUELIAN.002.pdf/SAMUELIAN.pdf](http://www.ressources-actuarielles.net/ext/isfa/1226-02.nsf/9c8e3fd4d8874d60c1257052003eced6/b012b548cc31ff5ac1258089007ba31b/$FILE/SAMUELIAN.002.pdf/SAMUELIAN.pdf)
- SCMSA (2016), *Solvabilité II : Une réforme inutile et dangereuse - Livre Blanc rédigé par la Société de Calcul Mathématique SA* [En ligne], SCM SA Livre Blanc Solvabilité II 2016/04, 104 pages, consulté le 13/10/2019, disponible sur : http://www.scmsa.eu/archives/SCM_Solvability_II_2016_04.pdf
- Stanwell (2019), *Etude 2019 sur les raisons objectives des rapprochements stratégiques des mutuelles*, Stanwell Consulting SAS 2019, 27 planches.

Union Européenne (2009), *DIRECTIVE 2009/138/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II) (refonte)*, Journal officiel de l'Union européenne L335 du 17.12.2009, 155 pages.

Union Européenne (2012), *Glossaire des termes employés dans le domaine de la politique de concurrence de l'Union*, Bruxelles : Office des publications officielle des communautés européennes, 65 pages.

Union Européenne (2015), *RÈGLEMENT DÉLÉGUÉ (UE) 2015/35 DE LA COMMISSION - du 10 octobre 2014 - complétant la directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II)*, Journal officiel de l'Union européenne L12 du 17.1.2015, 797 pages.

Modifié par *RÈGLEMENT DÉLÉGUÉ (UE) 2019/981 DE LA COMMISSION du 8 mars 2019*, Journal officiel de l'Union européenne L161 du 18.6.2019, 130 pages.

XERFI (2019), « Les enjeux et stratégies des mutuelles du code de la mutualité : Reconfiguration du jeu concurrentiel, logiques partenariales et pérennisation du modèle mutualiste », *Etudes XERFI*, 209 pages.

Sitographie

[WEB, 1]

<https://opentextbc.ca/principlesofeconomics/chapter/7-3-the-structure-of-costs-in-the-long-run/>

[WEB, 2]

https://baripedia.org/wiki/Les_co%C3%BBts_de_production#Court_versus_long_terme

[WEB, 3]

<https://www.melchior.fr/chapitre/3-entreprise-et-organisations?page=corrige>

[WEB, 4]

<https://fr.checkmarket.com/blog/votre-net-promoter-score/>

[WEB, 5]

<https://www.linkedin.com/pulse/m%C3%A9fiez-vous-de-la-taille-critique-laurent-faibis> qui reprend un article de Philippe Gattet, Directeur d'études Xerfi - consulté le 18/10/2019

[WEB, 6]

<https://www.rachatducredit.com/taille-masse-critique-definition> - consulté le 18/10/2019

[WEB, 7]

<https://www.lesechos.fr/2001/11/critique-de-la-taille-critique-730589> - consulté le 18/10/2019

[WEB, 8]

https://www.xerficanal.com/strategie-management/emission/Frederic-Frery-Reduire-les-couts-c-est-inutile-et-meme-nuisible_3569.html - consulté le 16/11/2019

[WEB, 9]

<https://www.argusdelassurance.com/les-assureurs/mutuelles/mutuelles-vyv-place-une-emission-obligataire-de-500-m.149830>

[WEB, 10]

<http://www.stratevolve.com/wp-content/uploads/2018/05/Generic-Strategies.pdf>

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Dynamique de la concentration des assureurs en complémentaire santé (source des données : [DREES, 2018], selon données fond CMU)	11
Figure 2 : évolution du nombre de mutuelles au cours du dernier quart du 20 ^{ème} siècle (source : [Lambert, 1998]).....	13
Figure 3 : Évolution des recettes du Fonds CMU-C depuis sa création, en millions d'euros (source : [CMU, 2019])	16
Figure 4 : Décroissance comparée par type d'organisme d'assurance intervenant en santé 2001-2017 (calculs à partir des données [DREES, 2018], selon données du fonds CMU).....	23
Figure 5 : Décroissance comparée par type d'organisme d'assurance intervenant en santé 2007-2017 (calculs à partir des données [DREES, 2018], selon données fond CMU)	23
Figure 6 : Dynamique des sociétés d'assurances en santé (source des données : [DREES, 2018], selon données fond CMU).....	24
Figure 7 : Composition des groupes prudentiels œuvrant en assurance santé avec la ventilation par structure juridique des membres et des groupes [DREES, 2019]	25
Figure 8 : Parts de marché 2001 et 2017 de la complémentaire santé par catégorie d'organisme ([DREES, 2019], calculs DREES sur données ACPR et fonds CMU)	26
Figure 9 : Parts de marché 2017 de la complémentaire santé par catégorie d'organisme, en intégrant ou non l'existence de groupes ([DREES, 2019], calculs DREES sur données ACPR et fonds CMU).....	26
Figure 10 : Modèle simplifié de compte de résultat en santé	27
Figure 11 : Répartition des contrats par classes (source [DREES, 2019] p. 67).....	40
Figure 12 : Relation entre indicateur de type "Churn Rate" et "NPS" (source : [Bain&Company, 2016])	42
Figure 13 : Evolution du ratio S/P (équivalent du P/C) sur 2001-2015 Tous organismes d'assurance suivis par l'ACPR et tous types d'affaires en non-vie (source [ACPR, 2016a])	50
Figure 14 : Evolution du ratio S/P (équivalent du P/C) sur 2001-2015 Tous organismes d'assurance suivis par l'ACPR en dommages corporels (source [ACPR, 2016a])	51
Figure 15 : Evolution du ratio de chargement sur 2001-2015 Tous organismes d'assurance suivis par l'ACPR sur tous les types d'affaire (source [ACPR, 2016a])	52
Figure 16 : Couverture de SCR et qualité des fonds propres par type d'organisme en 2017 (source [DREES, 2018]).....	52
Figure 17 : Illustration du principe des économies d'échelle (source du graphique : [WEB, 1])...	63
Figure 18 : Illustration de l'allure typique de l'évolution des coûts moyens à long terme (graphique dérivé de [WEB, 3]).....	64

Figure 19 : Principe de la taille optimale comme un compromis entre l'effet des économies d'échelle et celui de l'augmentation des coûts organisationnels [Kaen, Baumann, 2003, p.29]	65
Figure 20 : Proportion d'organisme dans chaque catégorie de couverture par type d'organisme (extrait de [DREES, 2018, p.54])	76
Figure 21 : Part des charges de gestion dans les cotisations en santé en % des cotisations collectées (source : [DREES, 2018])	80
Figure 22 : Dispersion des charges de gestion en santé selon la taille de l'organisme en % des cotisations collectées (source : [DREES, 2018])	81
Figure 23 : Nombre de bénéficiaires en fonction du volume de cotisations (données 2018 sur 149 mutuelles).....	90
Figure 24 : Volume des cotisations - classement et cumul (159 mutuelles).....	91
Figure 25 : Distribution des tailles (159 mutuelles)	92
Figure 26 : Groupes de taille pour les données agrégées (source des données : SFG)	93
Figure 27 : Ventilation du taux de marge en norme Solvabilité 1 en 2015 (141 mutuelles)	94
Figure 28 : Ventilation du taux de marge en norme Solvabilité 1 en 2015 Mutuelles dont le volume de cotisation est de moins de 5M€ (37 mutuelles).....	94
Figure 29 : Ventilation des ratios de solvabilité en fonction de la taille (108 mutuelles) Sont exclues du calcul mes mutuelles non soumises à Solvabilité 2.....	95
Figure 30 : Ratio de solvabilité moyen par groupes de taille (année 2018)	96
Figure 31 : Moyenne sur 3 ans (2015-2017) des frais de gestion par groupes de taille	97
Figure 32 : Evolution de la moyenne des frais de gestion toutes tailles confondues (moyennes pondérées par la population des groupes)	97
Figure 33 : Frais de gestion par groupe taille en fonction des années	98
Figure 34 : Evolutions sur 3 ans des frais de gestions par groupes de taille et comparaison à la moyenne.....	98
Figure 35 : Moyenne sur 3 ans (2015-2017) du ratio de résultat par groupes de taille	100
Figure 36 : Résultat net en fonction de la taille (année 2018).....	101
Figure 37 : Résultat net en fonction de la taille (mutuelles de plus de 100 M€).....	101
Figure 38 : Résultat net en fonction de la taille (mutuelles de moins de 100 M€).....	102
Figure 39 : Ratio de résultat en fonction des groupes de taille, selon les années.....	102
Figure 40 : Ratio de résultat en fonction des années, selon les groupes de taille et comparaison à la moyenne (pointillé rouge).	103
Figure 41 : Evolution du ratio de résultat sur 3 ans toutes tailles confondues (moyennes pondérées par la population des groupes)	103
Figure 42 : Ratio prestations/cotisations par groupes de taille selon les années.	104

Figure 43 : Vision globale « Compte de résultat » rapporté aux cotisations, par groupes de taille.	105
Figure 44 : Stratégies génériques de Porter (source du graphique Wikipedia, qui le qualifie d'apocryphe)	139

TABLE DES MATIERES

Résumé et mots clés	5
Abstract and keywords.....	6
Introduction	7
Première partie.....	11
Concentration des mutuelles : Pourquoi ?.....	11
I.1. Le mouvement de concentration des assureurs en complémentaire santé.....	14
I.1.a) Contexte des organismes complémentaires d'assurance maladie	14
A. Complémentaire santé : un environnement instable, fortement encadré et fiscalisé.....	15
B. Solvabilité II : une réforme très structurante.....	18
C. Solvabilité II : une réforme critiquée aux effets insuffisamment évalués ?.....	19
I.1.b) Dynamique comparée de la concentration selon la structure juridique des organismes.....	22
I.1.c) Effets et typologie de la concentration	24
A. Concentration du marché : assez forte et en forte croissance	24
B. Typologies des regroupements prudentiels	25
C. Evolution des parts de marché en complémentaire santé selon la structure juridique des organismes	26
I.2. Se regrouper pour améliorer quelle performance ?.....	27
I.2.a) Quelles performances envisageables pour une complémentaire santé ?.....	27
A. Préambule : un modèle simplifié de compte de résultat.....	27
B. Sociétés de personnes et sociétés de capitaux : une même approche de la performance ? 30	
C. Le « Return On Equity » est-il néanmoins une performance clé pour les assureurs ?.....	34
D. Le ratio prestations sur cotisation : une bonne mesure ?.....	37
E. Un nouvel indicateur DREES.....	39
F. La mesure de la valeur de la qualité de la relation à l'adhérent.....	40
G. Servir le plus grand nombre.....	43
H. Survie et solvabilité.....	43
I. D'autres mesures de la « valeur ajoutée » de l'assureur ?	45
J. Et le taux de frais de gestion ?.....	47
I.2.b) Proposition de choix de performances pour une mutuelle	49
I.2.c) Les mutuelles sont-elles performantes ?.....	49
I.3. Quelles raisons sont les plus fréquemment avancées pour expliquer la forte concentration ?.....	53
Deuxième partie	59
Y a-t-il une taille critique en assurance santé ?	59
II.1. Quelques repères théoriques et empiriques	60

II.1.a) Qu'est-ce que la taille critique ?.....	60
II.1.b) Économies d'échelle et évolution des coûts moyens à long terme.....	62
II.1.c) Economies d'échelle vs économies d'envergure.....	65
II.1.d) Taille et compétitivité : un exemple d'étude empirique en secteur manufacturier	65
II.1.e) Déterminants de la taille des entreprises et relation entre taille et performance : un champ d'étude vaste et controversé	67
II.2. Quels sont les avantages de la taille pour un assureur santé ?	69
II.2.a) Quelle mesure de la taille pour un organisme assureur en santé ?	70
II.2.b) Avantages attendus	71
II.2.c) Quelle analyse peut-on faire de ces avantages ?	74
A. Optimisations actuarielles	74
B. Optimisations du capital économique	75
C. Une taille minimale pour obtenir des économies d'échelle sensibles ?.....	77
D. Des limites aux économies d'échelle ?	79
E. Capacité d'investissement.....	82
F. Capacité à attirer et fidéliser des talents	84
G. Pouvoir de marché	84
H. Notoriété.....	86
II.2.d) Y a-t-il des risques liés à une trop grande taille ?	87
A. Risques de « déséconomies d'échelle »	87
B. Risque spécifique à la mutualité.....	87
C. Autres facteurs	87
II.2.e) Peut-on partir de zéro en assurance santé ? Le cas Alan	87
II.3. Analyse de la situation sur 165 mutuelles.....	89
II.3.a) Echantillon analysé et distribution des tailles.....	89
II.3.b) Ratios de solvabilité en fonction de la taille.....	93
II.3.c) Taille et frais de gestion	96
II.3.e) Taille et résultats	100
II.3.d) Taille et ratio prestations sur cotisations	104
II.3.e) Quelques conclusions	105
II.4. Enjeux de la taille en complémentaire santé : tentative de synthèse	106
II.4.a) La « taille critique » en complémentaire santé : un concept fragile ou trop vague	106
II.4.b) Des mutuelles de pratiquement toutes les tailles sont potentiellement viables, sous conditions.....	107
II.4.c) La taille compte néanmoins : proposition de quelques seuils	108
A. De 0 à 5 M€	108
B. De 5 à 25 M€	109
C. De 25 à 100 M€.....	109
D. De 100 à 500 M€	109
E. De 500 à 1 000 M€	110
F. 1 000 M€ et au-delà	110

G. La taille est la conséquence de la stratégie plus que son essence	111
II.4.d) Si la taille est globalement contingente, où sont les défis ?	111
Troisième partie	113
Quelle stratégies pour les mutuelles aujourd'hui ?	113
III.1. Les mutuelles, sociétés de personnes, disposent-elles d'atouts particuliers ?	114
.....	114
III.1.a) Des « sociétés à mission » ?.....	114
III.1.b) Le capital des mutuelles, difficile à constituer est-il un facteur de stabilité économique ?.....	115
A. Un accès au capital difficile qui nécessite de « provisionner »... ..	116
B. ... mais une nature particulière du capital faisant des mutuelles un « pôle de stabilité »... 117	
C. ... et des investisseurs de long terme	117
III.1.c) Une mutuelle doit-elle faire des bénéfices ?.....	118
A. Les bénéfices comme une nécessité économique.....	118
B. Un faible résultat, notamment technique, est-il un indicateur de vulnérabilité ?.....	119
C. Un faible résultat, notamment technique, pourrait-il être critiqué au regard des règles qui encadrent la concurrence ?	119
D. Modérer les bénéfices pour redistribuer efficacement de la valeur	121
III.1.d) Peut-on dépasser certaines contraintes liées à la structure juridique ?.....	122
III.2. Les risques liés au mouvement de concentration	123
III.2.a) Fusions et groupes : précautions à prendre et quasi-irréversibilité	123
III.2.b) La perte de sens – la dilution du projet	124
A. Des valeurs menacées ?.....	125
B. Quid de la démocratie ?	125
C. Les groupes multi affinitaires : une piste de solution ?.....	126
D. Et la démutualisation ?	127
III.2.c) « Dérive autocratique » ou « technocratique » et perte de pouvoir	128
III.3. Peut-on objectiver la réussite des stratégies de regroupement ?.....	130
III.3.a) Suivant quels critères ? Que faudrait-il pouvoir mesurer ?.....	130
III.3.b) Un champ d'études complémentaires ?.....	131
III.4. Les enjeux de la gouvernance mutualiste.....	132
III.4.a) La gouvernance : des pratiques diverses et en évolution	132
III.4.b) La mutualité un modèle original ?	134
III.4.c) Des exigences de compétences renforcées.....	136
III.4.d) L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution souhaite une gouvernance éclairée.....	137
III.5. Les stratégies envisageables	138
III.5.a) Stratégies génériques et secteur de l'assurance santé	138
A. La focalisation ou spécialisation : le terrain historique des mutuelles ?.....	140
B. Peut-on dominer par les coûts ?	140
C. Peut-on jouer la différenciation ?	141

III.5.b) Autres dimensions de la stratégie.....	141
A. Diversification	141
B. Intérêt des coopérations comme alternative à la croissance externe	142
C. Des coopérations plus structurantes mais « multi-affinitaires » ?.....	142
III.5.c) Logiques à considérer en fonction de la taille.....	143
A. De 0 à 5 M€	144
B. De 5 à 25 M€	144
C. De 25 à 100 M€.....	144
D. De 100 à 500 M€	145
E. De 500 à 1 000 M€	145
F. 1 000 M€ et au-delà	145
Conclusion.....	149
Acronymes	157
Références bibliographiques	159
Table des illustrations.....	167
Table des matières.....	171
Table des annexes	175
Annexes.....	176

TABLE DES ANNEXES

Annexe n°1 : <i>Linéarités et non linéarités du calcul de SCR dans la fusion de portefeuilles santé.</i>	page 177
Annexe n°2 : <i>Questionnaire destiné à des dirigeants/cadres œuvrant ou ayant œuvré dans un organisme de complémentaires santé.</i>	page 179
Annexe n°3 : <i>Analyse des réponses au questionnaire objet de l'annexe 2.</i>	page 182
Annexe n°4 : <i>Possibilités offertes par l'examen de rapports publics SFCR et méthodologie pour l'analyse de la mise en œuvre de stratégies de regroupement de mutuelles.</i>	page 190
Annexe n°5 : <i>Tableau de synthèse des principales différences entre les différentes structures juridiques œuvrant dans le domaine des assurances.</i>	page 196
Annexe n°6 : <i>Extrait d'une conférence donnée par Auguste Detœuf en 1936 intitulée « La fin du libéralisme ».</i>	page 197

ANNEXES

Annexe n°1

Linéarités et non linéarités du calcul de SCR dans la fusion de portefeuilles santé

Simulations simplifiées réalisées par

Mme Nelly Roux (responsable Contrôle prudentiel - Mutuelle Unéo)

Proportionnalité du SCR de souscription en Santé (Non-vie) :

Cas simple de fusion de deux portefeuilles santé identiques en volume et provisions

Pour :

- un volume de prime de 654 533 K€ en soins médicaux + 6 328 K€ en incapacité
 - un volume de provisions de 70 583 K€ en soins médicaux + 5 643 K€ en incapacité
- ⇒ On obtient un SCR Santé pour le risque de primes et réserves est de 105 567 K€ :

Premium and reserve risk	
Premium and reserve risk	105 657,4
Function of the standard deviation	0,14334
Standard deviation	0,047781
Volume measure	737 088,8

Volume measure calculation per lob	
Premium risk	
	V_{premium}
Medical expense	654 533,2
Income protection	6 328,8
Workers' compensation	0,0
Non proportional health reinsurance	0,0

Volume measure calculation per lob	
Reserve risk	
	V_{reserves}
Medical expense	70 583,5
Income protection	5 643,2
Workers' compensation	0,0
Non proportional health reinsurance	0,0

Pour :

- un volume double de prime en soins médicaux et en incapacité
 - un volume double de provisions en soins médicaux et en incapacité (ie on suppose que les 2 entités « fusionnées » ont les mêmes cadences de règlement)
- ⇒ On obtient un SCR Santé double

Premium and reserve risk	
Premium and reserve risk	211 314,8
Function of the standard deviation	0,14334
Standard deviation	0,047781
Volume measure	1474 177,5

Volume measure calculation per lob	
Premium risk	
	V_{premium}
Medical expense	1 309 066,4
Income protection	12 657,6
Workers' compensation	0,0
Non proportional health reinsurance	0,0

Volume measure calculation per lob	
Reserve risk	
	V_{reserves}
Medical expense	141 167,0
Income protection	11 286,4
Workers' compensation	0,0
Non proportional health reinsurance	0,0

Cas simple de fusion de deux portefeuilles santé non identiques en volume et provisions

Compagnie A	Santé	IJ
Prime	1000	25
Reserve	600	10
Premium and reserve risk		214,8
Function of the standard deviation		0,13135
Standard deviation		0,043784
Volume measure		1 635,0

Compagnie B	Santé	IJ
Prime	8000	100
Reserve	1200	56
Premium and reserve risk		1 321,1
Function of the standard deviation		0,14121
Standard deviation		0,047069
Volume measure		9 356,0

Somme SCR A + SCR B **1 535,9**

Somme A + B	Santé	IJ
Prime	9000	125
Reserve	1800	66
Premium and reserve risk		1 529,8
Function of the standard deviation		0,13918
Standard deviation		0,046395
Volume measure		10 991,0

On constate que SCR A + SCR B > SCR (A + B)

On constate un effet marginal de non linéarité dans la fusion de portefeuille.

Annexe n°2

Questionnaire destiné à des dirigeants/cadres œuvrant ou ayant œuvré dans un organisme de complémentaires santé

Le questionnaire ci-dessous a été adressé à 26 cadres/dirigeants. Il était précisé qu'une réponse partielle pouvait être proposée. Environ la moitié d'entre eux ont répondu (cf. annexe 3).

1. Taille critique d'un organisme de complémentaire santé

1.3 Selon vous, dans le contexte d'aujourd'hui, y a-t-il une « taille critique » pour une mutuelle santé ?

- **Oui** (le concept s'applique) / **non** (le concept s'applique très peu ou pas au domaine) :

- Commentaire libre (précisant notamment ce que vous mettez derrière la notion de taille critique et/ou la mesure dans laquelle vous pensez que le concept ne s'applique pas ici) :

1.4 Si oui dans quelle fourchette la situeriez-vous (une réponse a minima en volume de cotisations est souhaitée ; idéalement dans les trois mesures) ?

- En volume de cotisation (en M€) :
- En personnes protégées (en milliers) :
- En nombre d'adhérents (en milliers) :

- Commentaires éventuels sur la justification de la fourchette :

1.5 Si des contraintes de taille critique (**ou minimale viable**) existent, selon vous sont-elles principalement dictées par (plusieurs réponses possibles à hiérarchiser l'ordre d'importance) :

- Des considérations statistiques pour réduire la volatilité des risques de l'assureur
 - o Facteur qui compte (**oui/non**) :
 - o Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs :
 - o Commentaire libre éventuel :
- Des contraintes **quantitatives** de solvabilité (niveau et ajustement des fonds propres)
 - o Facteur qui compte (**oui/non**) :
 - o Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs :
 - o Commentaire libre éventuel :
- Des contraintes liées aux exigences **qualitatives** de la réglementation « Solvabilité II »
 - o Facteur qui compte (**oui/non**) :
 - o Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs :
 - o Commentaire libre éventuel :
- La nécessité de réduire les frais de gestion par un effet d'économies d'échelle
 - o Facteur qui compte (**oui/non**) :
 - o Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs :

-
- Commentaire libre éventuel :
 - La nécessité d'être robuste et résilient face à la concurrence (disposer de marges de manœuvre, de capacités d'investissement)
 - Facteur qui compte (**oui/non**) :
 - Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs :
 - Commentaire libre éventuel :
 - La nécessité d'être attractif pour attirer des salariés et dirigeants de talent
 - Facteur qui compte (**oui/non**) :
 - Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs :
 - Commentaire libre éventuel :
 - Autre(s) facteur(s)
 - Préciser le ou les facteurs :
 - Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs :
 - Commentaire libre éventuel :

1.6 Pensez-vous qu'une taille trop importante puisse finir par contrer, voire inverser les effets d'économies d'échelle (en raison d'un phénomène dit des « déséconomies d'échelle »¹³⁵).

- **Oui/Non** :

1.7 Si oui, à partir de quelle taille pensez-vous qu'un tel phénomène est susceptible de commencer à se manifester (une réponse a minima en volume de cotisations est souhaitée ; idéalement dans les trois mesures) :

- En volume de cotisation (en M€) :
- En personnes protégées (en milliers) :
- En nombre d'adhérents (en milliers) :
- Commentaires éventuels sur la justification de la fourchette :

2. Eléments génériques sur les frais de gestion en complémentaire santé

2.3 Selon vous, les frais de gestion dans un organisme de complémentaire santé :

- Comprennent une partie fixe très significative (**oui/non**) :
- Sont essentiellement variables et proportionnels à la taille (la partie fixe étant très rapidement négligeable) (**oui/non**) :
- Ont une partie variable pouvant devenir sensiblement dégressive avec la taille (les effets d'échelles pouvant donc être significatifs) (**oui/non**) :
- Commentaire libre (pouvant notamment suggérer d'autres choix ou commentaires que ci-dessus) :

¹³⁵ La théorie économique estime qu'un tel phénomène d'inversion des économies d'échelle est susceptible de se produire notamment en raison de l'augmentation des « coûts d'agence » et des « coûts de transaction ».

2.4 Si vous estimez qu'il existe une partie fixe significative, vous considérez que :

- C'est essentiellement en raison de contraintes règlementaires (exigences qualitatives Solvabilité II, RGPD, DDA) et que les autres facteurs fixes sont négligeables – (**oui/non**) :
- Il y a d'autres éléments fixes non négligeable (ex : informatique et SI,...) (**oui/non**) :
- Commentaire libre (notamment préciser, le cas échéant, les autres éléments non négligeables) :

2.5 Concernant les coûts engendrés par les exigences **qualitatives** de Solvabilité II (fonctions clés, système de gestion des risques, documents obligatoires et reportings,...) :

- Ils sont essentiellement fixes (**oui/non**) :
 - Le cas échéant, estimation de ce qu'ils représentent en partie fixe (**en M€**) :
 - Ils sont variables (proportionnels à la taille) mais avec une partie fixe significative (**oui/non**) :
 - Le cas échéant, estimation de ce qu'ils représentent en tendance (**en % des frais de gestion**) :
- Commentaire libre :

3. Vous, votre entité, et le traitement des réponses

3.3 Taille de votre entité en activité de complémentaire santé (le cas échéant ancienne entité) :

- En volume de cotisation (**en M€**) :
 - En personnes protégées (**en milliers**) :
 - En nombre d'adhérents (**en milliers**) :
- Précisez si la complémentaire santé est l'activité principale ou non :

3.4 Votre expérience du domaine (facultatif) :

- Dans les assurances (durée approximative en année) :
- Dont en santé (durée approximative en année) :

3.5 Le traitement des réponses se bornera a priori à tenter de dégager des tendances dans les appréciations, sous forme anonyme. Toutefois,

- le cas échéant, acceptez-vous que certains éléments de réponse ou commentaires vous soient nominativement attribués dans la rédaction du mémoire ? (**Oui/non**) :

4. Commentaires libres et suggestions éventuelles d'approche sur ces sujets :

Annexe n°3

Analyse des réponses au questionnaire objet de l'annexe 2

(Le dépouillement et la mise en forme et de la synthèse ci-dessous ont été réalisés avec l'aimable soutien de Béatrice Verdaguer et Damien Weidert)

Les éléments tirés des réponses sont en caractères soulignés dans cette annexe.

Données générales sur les réponses reçues

Nombre de réponses reçues : **12**

L'éventail des tailles d'organismes au sein desquels les personnes interrogées œuvrent ou ont œuvré est très étendu : d'environ **20 M€ à plusieurs Md€**. Au moins 7 d'entre eux œuvrent ou ont œuvré dans des entités comprises **entre 100 et 500 M€**. Les organismes œuvrent bien en moyenne majoritairement en complémentaire santé avec quelques exceptions (un 50/50 et un pour qui la santé n'est pas l'activité majoritaire).

Durée d'expérience des répondants

- Dans les assurances (durée approximative en année) : **16 ans en moyenne**
- Dont en santé (durée approximative en année) : **15 ans en moyenne**

1. Taille critique d'un organisme de complémentaire santé

1.1 Selon vous, dans le contexte d'aujourd'hui, y a-t-il une « taille critique » pour une mutuelle santé ?

- ***Oui*** (le concept s'applique) : **8**
- ***Non*** (le concept s'applique très peu ou pas au domaine) : **4**
- ***Absence de choix*** :

- Tendances/enseignements des réponses chiffrées et commentaires libres :

La reconnaissance de l'applicabilité de la notion de taille critique en santé semble majoritaire mais pas consensuelle (8 oui pour 4 non) même si les réponses « oui » sont parfois très nuancées. A contrario, une réponse « non » précise toutefois : « Cependant, il est certainement nécessaire d'avoir une taille minimale pour absorber des charges fixes qui ne font que croître ».

Un des arguments souvent évoqués pour justifier l'importance de la notion de taille critique est celui de l'évolution concurrentielle. La standardisation des offres et le poids croissant de la réglementation nécessitent aussi d'avoir de nouveaux moyens pour se démarquer et être apte à encaisser les nombreuses évolutions réglementaires.

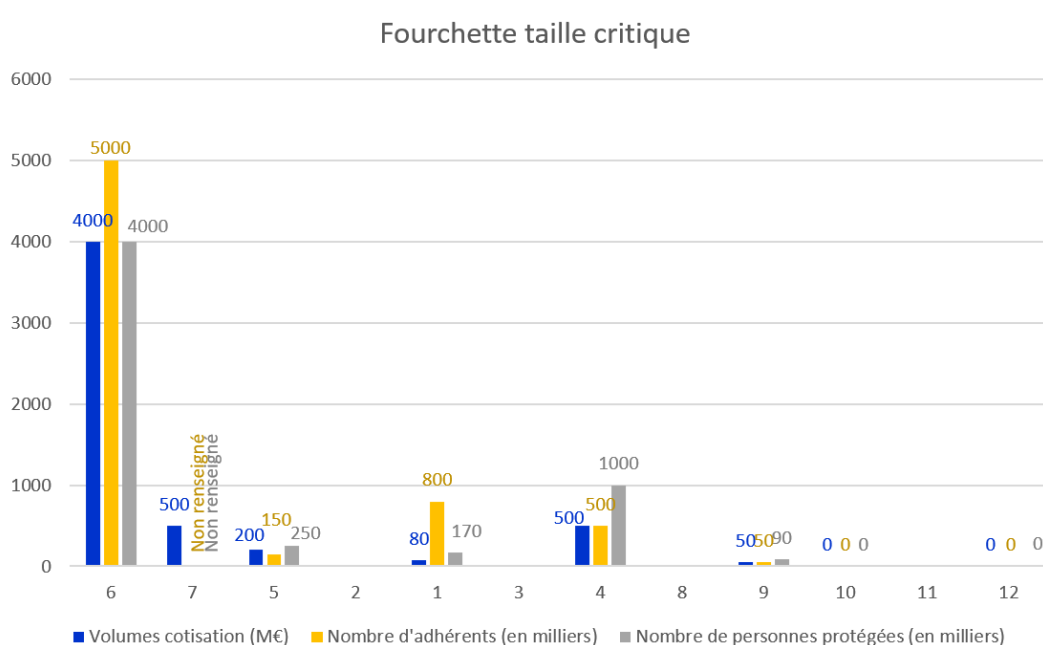
Toutefois, pour de nombreux répondants le concept de « taille critique » doit être relativisé ou étudié selon une grille d'analyse plus fine car il ne s'applique pas de la même façon en fonction des cibles de

marché (logique interprofessionnelle vs. logique spécialiste d'une population), de la taille des organismes et des stratégies poursuivies, ou pour certains, au sein même d'une structure, en fonction des maillons de la chaîne de valeur (taille critique pour l'informatique, les réseaux de soins, la gestion...).

De plus, la notion de taille critique peut s'appliquer à une entité isolée ou une entité ayant noué des partenariats avec des structures plus importantes (fédération, UMG, UGM).

Enfin, la **notion de notoriété** attachée à l'accès à une taille critique est évoquée par deux répondants.

1.2 Si oui dans quelle fourchette la situeriez-vous (une réponse a minima en volume de cotisations est souhaitée ; idéalement dans les trois mesures) ?



Nombre de réponses chiffrées : **6**

Ventilation des chiffres avancés :

- Tendence/enseignements des réponses chiffrées et commentaires libres :

Le nombre de réponses ne permet pas une analyse chiffrée très poussée. Toutefois, on constate de grands écarts dans les réponses apportées à cette question : de 80 M€ à 4 Mds pour les cotisations ; de 170 000 à 4 millions de personnes protégées ; de 150 000 adhérents à 5 millions.

Le seuil avancé semble souvent influencé par la taille de la structure du répondant, certains semblant avancer un seuil critique en rapport avec leur propre taille. On observe toutefois des écarts importants dans les deux sens : certains s'évaluent donc nettement en dessous et d'autres très au-dessus.

Les réponses illustrent bien les observations précédentes : la notion de « taille critique » n'est pas interprétée ni évaluée de façon homogène, même si les répondant admettent largement des effets de taille.

De façon intéressante, un répondant détaille même plusieurs seuils selon différents « maillons de la

chaîne de valeur » nécessitant chacun une taille critique (Distribution, Gestion, Prestations, Réseau des soins, Tiers payant, Informatique) :

- 1MPP pour distribution, gestion, prestations (500M€)
- 4MPP pour informatique (2Md€)
- 10MPP pour réseau des soins, tiers payant (5Md€)

(Nota hors réponse :

- les seuils ont été convertis approximativement en M€ et Md€ de cotisations car toutes les réponses étaient ici données uniquement en nombre de personnes protégées :
- les deux derniers seuils semblent relever de ceux qui sont traités souvent par des associations, groupes, voire de façon externes par un ou plusieurs prestataires éventuellement filiales communes de complémentaires santé).

La notion de taille critique serait donc bien une appréciation essentiellement relative, dépendant tout autant de l'environnement, de la stratégie, que des critères sur lesquels on se focalise à un moment donné.

1.3 Si des contraintes de taille critique (ou minimale viable) existent, selon vous sont-elles principalement dictées par (plusieurs réponses possibles à hiérarchiser l'ordre d'importance) :

- Des considérations statistiques pour réduire la volatilité des risques de l'assureur
 - o Facteur qui compte (oui/non) : **6 Oui ; 5 Non ; 1 NSP**
 - o Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs : **entre 7 et 2**
 - o Tendances/enseignements des commentaires libres :
- Des contraintes **quantitatives** de solvabilité (niveau et ajustement des fonds propres)
 - o Facteur qui compte (oui/non) : **5 Oui ; 7 Non**
 - o Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs : **1 ; 4 ; 5 ; 6**
 - o Commentaire libre éventuel :
- Des contraintes liées aux exigences **qualitatives** de la réglementation « Solvabilité II »
 - o Facteur qui compte (oui/non) : **8 Oui ; 3 Pas essentiel ; 1 NSP**
 - o Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs : **2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6**
 - o Commentaire libre éventuel :
- La nécessité de réduire les frais de gestion par un effet d'économies d'échelle
 - o Facteur qui compte (oui/non) : **10 Oui ; 1 sans réponse**
 - o Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs : **1 ; 1 ; 2 ; 3 ; 5**
 - o Commentaire libre éventuel :
- La nécessité d'être robuste et résilient face à la concurrence (disposer de marges de manœuvre, de capacités d'investissement)
 - o Facteur qui compte (oui/non/absence de réponse) : **10 Oui ; 2 Non**
 - o Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs : **2 ; 2 ; 3 ; 3 ; 4.**
 - o Commentaire libre éventuel :
- La nécessité d'être attractif pour attirer des salariés et dirigeants de talent
 - o Facteur qui compte (oui/non) : **10 Oui ; 1 Non ; 1 Sans réponse**
 - o Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs : **1 ; 2 ; 4 ; 5**

- Commentaire libre éventuel :
- Autre(s) facteur(s)
 - Préciser le ou les facteurs : **trois autres facteurs cités sont cités : la qualité de la gouvernance ; l'offre de service ; l'adaptation pour faire face aux évolutions réglementaires**
 - Si oui, rang d'importance décroissante par rapport aux autres facteurs :
 - Commentaire libre éventuel :
- Tendance/enseignements des réponses chiffrées et commentaires libres :

Les réponses concernant le classement des contraintes menant à la recherche d'une taille critique montrent une certaine diversité d'appréciation. Nombre de répondants ont eu du mal à classer entre eux les facteurs jugés pertinents. Encore une fois, les réponses dépendent des cibles commerciales et de la stratégie de chaque structure.

Cependant, des tendances se dessinent :

- les 4 derniers facteurs sont les plus plébiscités : être résilient face à la concurrence, être attractif pour attirer des salariés et dirigeants de talent, faire face aux contraintes qualitatives de solvabilité 2, réduire les frais de gestion grâce à des économies d'échelle ;
- la recherche de la taille critique paraît avant tout dictée par la nécessité de réduire les frais de gestion et notamment diminuer le poids des charges fixes, dont la masse salariale et la gestion du SI (qui évolue au fil de la réglementation) ; un répondant mentionne que cela serait important dans le cadre de compétitions lors d'appels d'offres en collectif ;
- les considérations statistiques pour réduire la volatilité des risques de l'assureur ne pourraient pas justifier les démarches de rapprochement, car la taille nécessaire pour ce faire serait très basse en santé ; à ce propos un des répondants estime qu' « Un nombre de personnes protégées de 50 000 personnes permet déjà une mutualisation du risque conséquente » ; un autre classe ce risque dans les premiers avec une justification particulièrement intéressante : influence du risque de « fraude » ; les petites structures pourraient donc être plus vulnérables que les autres à la fraude ;
- de même les considérations quantitatives en matière de solvabilité semblent en moyenne faiblement importantes.

Il est par ailleurs précisé que la taille critique peut être trouvée par le biais d'une politique de partenariat / rapprochement permettant une mutualisation des coûts au sein d'un groupement. Il est aussi mis en avant que les investissements nécessaires concernant les outils de gestion et la dématérialisation apparaissent comme primordiaux.

L'aspect « humain » (l'agilité, la compétence et la motivation des opérationnels) est également cité au titre des facteurs à privilégier pour réduire les frais de gestion.

1.4 Pensez-vous qu'une taille trop importante puisse finir par contrer, voire inverser les effets d'économies d'échelle (en raison d'un phénomène dit des « déséconomies d'échelle »).

- *Oui : **7***
- *Non : **3***
- *Absence de choix : **2 « Oui et non »***

- Tendance/enseignements des réponses chiffrées et commentaires libres :

Une majorité assez nette estime plutôt qu'une taille trop importante peut avoir des effets négatifs.

Le seul répondant qui donne une réponse très franchement négative œuvre ou a œuvré dans un organisme de très grande taille (plusieurs Md€). Il précise toutefois qu'il convient [à partir d'une certaine taille] de veiller à une « gestion décentralisée » permettant une « plus grande flexibilité ». Cette précision semble confirmer qu'il y a un point d'attention et donc un risque.

Autres considérations :

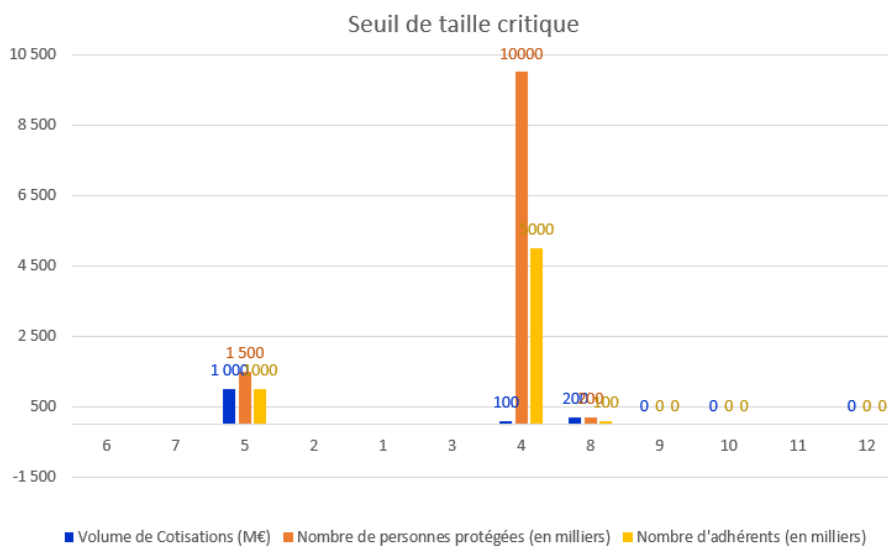
- les premiers temps de consolidation d'un groupe, qui correspondent à la « digestion » du rapprochement, entraînent nécessairement des coûts avant de mener à une stabilisation ; de plus une taille trop importante, notamment à l'issue de rapprochements, alourdit les procédures et empêche l'agilité ;
- si la recherche de la taille critique s'accompagne de l'ouverture de nouveaux marchés, cela peut conduire à une dilution de légitimité de l'opérateur sur son champ d'origine ; l'analyse des risques liés à la recherche d'une taille critique ne pourrait donc pas se limiter à des éléments quantitatifs ;
- un répondant souligne le fait qu'aucune taille critique ne peut mettre à l'abri d'une disparition.

1.5 Si oui, à partir de quelle taille pensez-vous qu'un tel phénomène est susceptible de commencer à se manifester (une réponse a minima en volume de cotisations est souhaitée ; idéalement dans les trois mesures) :

Nombre de réponses chiffrées : **3**

Ventilation des chiffres avancés :

- En volume de cotisation (en M€) :
- En personnes protégées (en milliers) :
- En nombre d'adhérents (en milliers) :



Tendance/enseignements des réponses chiffrées et commentaires libres :

Même lorsqu'ils confirment l'idée qu'il puisse se produire des « déséconomies d'échelle », les répondants se heurtent apparemment le plus souvent à une estimation.

Ils invitent encore une fois à faire une analyse séparée selon les activités et les formes d'organisation des entités étudiées.

La réponse 4 semble marquée par une coquille sur le volume de cotisations, qui ne correspond ni aux autres dimensions de volume avancés, ni à la réponse donnée sur la taille critique au 1.2.

L'importance de la flexibilité au sein d'une structure est soulignée de même que l'importance d'accompagner toute croissance externe d'une réorganisation interne pour s'assurer d'une rationalisation des compétences ou services et éviter justement le phénomène de « déséconomies ».

Même si aucun chiffre ne ressort clairement, on peut, en croisant les tailles des répondants, les réponses données pour la taille critique et les rares seuils avancés, **se faire l'idée approximative qu'à partir de 1 voire plusieurs Md€, il y a au moins un seuil d'alerte sur la question des déséconomies d'échelle.**

2. Éléments génériques sur les frais de gestion en complémentaire santé

2.1 Selon vous, les frais de gestion dans un organisme de complémentaire santé :

- Comprennent une partie fixe très significative (*oui/non/pas de réponse*) : **4 Oui ; 3 Non ; 2 NSP ; 2 « Fonction de la taille » ; 1 Oui et Non (50% de frais relevant de coûts fixes et 50% de coûts variables)**
- Sont essentiellement variables et proportionnels à la taille (la partie fixe étant très rapidement négligeable) (*oui/non/pas de réponse*) : **5 Oui ; 4 Non ; 2 NSP ; 1 Oui et Non (50% de frais relevant de coûts fixes et 50% de coûts variables)**
- Ont une partie variable pouvant devenir sensiblement dégressive avec la taille (les effets d'échelles pouvant donc être significatifs) (*oui/non/pas de réponse*) : **4 Oui ; 1 Non ; 5 NSP**

- Tendance/enseignements des réponses chiffrées et commentaires libres :

Des réponses trop dispersées à une question qui manque sans doute de simplicité et de concision **ne permettent pas de dégager de tendance claire.**

Si elle n'est pas partagée par tous, l'idée d'une possible économie d'échelle permettant de réduire la part variable des frais de gestion est défendue principalement par les mutuelles de taille moyenne de notre échantillon.

Certains répondants mettent en avant le fait que les frais de gestion peuvent dépendre du secteur d'activité (fonction publique vs. interprofessionnel ; collectif vs. individuel ; gestion du RO ou non, etc.), de l'agilité de la structure et du choix d'externalisation/internationalisation de la gestion des sinistres par la structure.

2.2 Si vous estimez qu'il existe une partie fixe significative, vous considérez que :

- C'est essentiellement en raison de contraintes réglementaires (exigences qualitatives Solvabilité II, RGPD, DDA) et que les autres facteurs fixes sont négligeables – (*oui/non/pas de réponse*) : **4 Oui ; 4 Non ; 4 NSP**

Les contraintes réglementaires ne sont finalement pas perçues très nettement comme le facteur majeur expliquant l'existence d'une partie fixe des frais de gestion, ce qui semble aller à l'encontre de certaines analyses effectuées dans de nombreuses références sur le sujet. Ce qui ont répondu « oui » ne sont pas spécifiquement ceux qui œuvrent dans les plus petites entités.

- Il y a d'autres éléments fixes non négligeable (ex : informatique et SI,...) (**oui/non/pas de réponse**) : **8 Oui ; 0 Non ; 4 NSP**
- Autres éléments non négligeables cités (**nb réponses**) :

Lorsque d'autres postes de frais de gestion fixes sont évoqués, il s'agit essentiellement du **système d'information (SI)**.

(nota hors réponses : le SI peut en principe être à la fois impacté par les évolutions réglementaires et faire l'objet d'économies d'échelle à mesure que la population protégée augmente).

2.3 Concernant les coûts engendrés par les exigences **qualitatives** de Solvabilité II (fonctions clés, système de gestion des risques, documents obligatoires et reportings,...) :

- Ils sont essentiellement fixes (**oui/non/pas de réponse**) : **9 Oui ; 1 Non ; 2 NSP**
- Le cas échéant, estimation de ce qu'ils représentent en partie fixe (fourchette des réponses **en M€**) : **NSP : 9 ; 0,8M€ ; entre 1 et 3M€**
- Ils sont variables (proportionnels à la taille) mais avec une partie fixe significative (**oui/non/pas de réponse**) : **4 Oui ; 2 Non ; 5 NSP**
- Le cas échéant, estimation de ce qu'ils représentent en tendance (**en % des frais de gestion**) : **NSP : 8 ; Pour les répondants : 5% max. ; 5% ; 1% ; 0,3%**
- Tendances/enseignements des réponses et commentaires libres :

Les coûts engendrés par les exigences qualitatives de Solvabilité II semblent principalement être fixes mais auraient aussi dans une certaine mesure une dimension variable. La fourchette des 3 réponses données va de 0.8 à 3M€.

En revanche, l'évaluation de leur montant ou part relative dans les frais de gestion de chacune des structures est peu proposée. Un répondant souligne la nécessité, pour répondre précisément au questionnaire, de mettre en place une comptabilité analytique ciblant spécifiquement la ventilation des frais de gestion. Un autre répondant semble constater un manque d'étude précise sur la question des frais de gestion et l'état de l'art dans le secteur mutualiste. Il suggère également qu'une étude des données collectées par la DREES, de celles collectées par le Système Fédéral de Garantie mutualiste (SFG) ou de celles issues des rapports SFCR des mutuelles pourrait aider à mieux cerner le sujet.

On note que parmi les trois structures qui avancent un chiffre, figure la plus petite mutuelle du panel.

Comme sur la question des frais de gestion fixes, la variété des structures, de leur taille et des branches d'activité d'assurance couvertes constitue des éléments d'analyse indispensables du point de vue d'un répondant : si une réduction des coûts de solvabilité 2 peut être envisagée, celle-ci doit être relativisée

du fait des exigences supplémentaires imposées aux plus grandes structures concernant le nombre de *reporting* et la précision accrue des projections demandées. Le même répondant met en avant la possibilité d'externaliser ces activités de *reporting*.

Annexe n°4

Possibilités offertes par l'examen de rapports publics SFCR et méthodologie pour l'analyse de la mise en œuvre de stratégies de regroupement de mutuelles

Extraits d'une étude interne Unéo réalisée par M. Damien Weidert (Conseiller technique)

Alors que le secteur de l'assurance est entré dans une ère de macro-rapprochements (ex. Vyv, Aesio-Macif, Malakoff-Médéric-Humanis), et malgré quelques échecs retentissants (Malakoff-Médéric-La Mutuelle Générale, AG2R-Matmut), de plus en plus d'analystes poussent l'idée que les regroupements et la course à la taille ne seraient plus la panacée pour assurer le développement d'une mutuelle. Parmi les arguments avancés : les rapprochements ne garantiraient ni la maîtrise des frais de gestion (détériorés par l'inflation réglementaire et la mise en concurrence accrue des opérateurs), ni même la décroissance du chiffre d'affaire ou du nombre d'adhérents.

D'où la nécessité de tenter d'objectiver l'impact des stratégies de regroupement mises en œuvre par certains acteurs mutualistes depuis quelques années.

1. PRECAUTIONS D'USAGE CONCERNANT LES RAPPORTS SFCR ET LES DONNEES DISPONIBLES

La publication des rapport SFCR est une obligation réglementaire depuis 2016. Pour les premiers exercices, toutes les structures n'ont pas publié de rapport. Nous ne disposons donc au mieux que d'un historique sur trois exercices pour tenter de répondre à cette question.

Les données qu'il contient sont précisées par la réglementation.

Puisqu'ils contiennent des éléments qui peuvent être stratégiques¹³⁶, les rapports SFCR sont parfois publiés très discrètement et difficile à trouver sur les sites institutionnels.

L'interprétation de l'impact des stratégies de développement des acteurs de l'assurance est très délicate, puisqu'il faut pouvoir prendre en compte des données conjoncturelles et des temporalités différentes : baisse d'un ratio de solvabilité liée à une politique d'investissement, diminution des cotisations liée à une phase de restructuration interne, augmentation du CA par une croissance externe (mais qui ne garantit pas nécessairement une consolidation sur le moyen ou long terme) ... La plupart du temps, l'analyse des résultats est donc équivoque.

Dès lors que le groupe étudié a procédé à plusieurs intégrations dans le cadre d'un même domaine d'activité stratégique, l'interprétation des résultats combinés peut également poser des difficultés, surtout s'il s'agit d'attribuer la croissance d'un indicateur chiffré à telle ou telle opération de rapprochement.

Le périmètre du rapport SFCR est bien défini et ne donne donc pas de visibilité sur les activités hors assurance. Il n'éclaire donc que partiellement la pertinence des opérations de diversification hors de ce champ (ex. activités immobilières ou Livre 3 de Vyv, activités média / conseil / télémédecine du groupe Nehs).

Les données chiffrées des rapports SFCR doivent donc être croisées avec des éléments d'analyse plus qualitatifs décryptant les choix et mouvements opérés par chaque acteur.

¹³⁶ Ils présentent un grand intérêt dans le cadre d'activités de veille et d'intelligence économique.

2. PEUT-ON OBJECTIVER LA REUSSITE D'UNE STRATEGIE DE REGROUPEMENT DANS L'ASSURANCE ?

L'évolution de plusieurs indicateurs peuvent être retenus, dont certains sont quantitatifs et d'autres qualitatifs. Ils peuvent concerner tout à la fois les processus, les résultats, le leadership ou l'image de marque de la structure regroupée.

Pris isolément, aucun ne suffit pour juger de la pertinence d'une opération de regroupement. Une approche multidimensionnelle et multicritères est donc nécessaire.

Par ailleurs, cette pertinence ne peut être évaluée qu'au regard de l'état final recherché par la structure étudiée.

Enfin, dans le cas d'une intégration de structure dans le périmètre de consolidation d'un groupe, on peut distinguer la pertinence de l'opération pour la structure du point de vue de la structure intégrée et du point de vue du groupe accueillant.

Quelques exemples (non exhaustifs) d'indicateurs :

Le taux de frais de gestion :

Pour les mutuelles, la tendance de fond est à l'augmentation des frais de gestion (augmentation des taxes, des frais d'acquisition, etc.).

Les frais de gestion dépendent d'un grand nombre de facteurs (gestion des sinistres, frais d'acquisition, etc.). Les mutuelles sont régulièrement mises en cause pour leurs frais de gestion trop élevés, mais les chiffres avancés englobent parfois les politiques de prévention, très variables d'un acteur à l'autre.

La diminution des frais de gestion peut être obtenue par l'interne (simplification, maximisation des processus) ou par l'externe (rapprochement à des fins d'économies d'échelle sur les moyens de gestion).

Une augmentation du taux de frais de gestion ne signifie pas nécessairement qu'une opération de regroupement n'a pas été positive. L'effet sur le taux de frais de gestion peut être décalé dans le temps. L'opération de regroupement peut aussi avoir permis de réduire l'augmentation des frais de gestion.

Il faut relativiser l'augmentation des frais de gestion de tel ou tel groupe en gardant à l'esprit :

- le phénomène global d'augmentation de la concurrence et, corrélativement, des frais d'acquisition liée à la fin des situations de rente ou de quasi-monopole,
- la baisse continue de la part de marché globale des mutuelles 45 sur le marché de la protection sociale (santé et prévoyance),
- la standardisation des offres du fait d'une réglementation accrue.

La conjugaison de ces trois facteurs rend particulièrement compliquée la diminution des frais de gestion, que l'opérateur considéré ait ou non adopté une stratégie de rapprochement/regroupement.

Le chiffre d'affaires :

Le chiffre d'affaires peut augmenter mécaniquement du fait d'une stratégie de croissance externe. Il peut s'agir du chiffre d'affaires global d'un groupe, ou du chiffre d'affaires propre à un domaine d'activité stratégique (DAS) du groupe considéré.

S'il garantit, sur le court terme, une augmentation du chiffre d'affaires, le levier de la croissance externe ne garantit pas en soi la consolidation de l'activité sur le long terme.

Par ailleurs, si la croissance externe n'a pour but que de faire croître le chiffre d'affaires global par l'acquisition de nouveaux DAS, elle ne permet pas de développer l'activité traditionnelle du groupe.

La diversification des activités et des sources de revenus :

Certains groupes mutualistes ont choisi de développer leurs activités sur de nouveaux marchés non consolidés ou non encore saturés, avec une volonté plus ou moins forte d'y exporter le modèle mutualiste (ex. groupe Arcade-Vyv¹³⁷ au sein du groupe Vyv, Hospimedia au sein du groupe Nehs).

En soi, une telle stratégie ne garantit pas le développement de l'activité traditionnelle de la mutuelle considérée (épargne, prévoyance ou santé), mais elle peut permettre la distribution de produits associés, le développement de nouveaux produits, d'éventuelles économies d'échelle.

Intégration dans la chaîne valeur :

La diversification d'activité peut conduire à la création de nouveau DAS qui peuvent être, ou non, intégrés dans la chaîne de valeur. La stratégie de diversification vise alors l'amélioration des services déjà commercialisés, par ajout de briques de service susceptibles de constituer d'abord un avantage concurrentiel par l'amélioration du service, et de conduire ensuite à une augmentation, acceptée par le client, du prix de vente du service (et donc de sa profitabilité).

Les économies d'échelle :

La stratégie d'économies d'échelles par le biais de rapprochements a été largement pratiquée par l'ensemble des acteurs du secteur de l'assurance. Que le rapprochement repose ou non sur une entité juridique intégratrice (UMG) ou non (UGM), les GIE et les associations de moyens permettent des mutualisations, en particulier dans les domaines SI, RH et moyens généraux.

Plus la stratégie penche vers un objectif de diversification des DAS, plus l'obtention d'économies d'échelle est compliquée, du fait de l'écart qui peut être important entre les différents champs d'activité du groupe.

Le taux d'équipement / multi-équipement :

La stratégie de rapprochement peut être mue par la volonté de multi-équiper les clients /adhérents /sociétaires. Cela peut se faire par le biais d'accords de partenariat commerciaux assortis de conventions d'indication, ou par le biais d'intégration de nouveaux DAS.

Le multi-équipement est une façon de maximiser la valeur client/adhérent.

La dimension RH (recrutement et fidélisation) :

La constitution de groupes peut conduire à plus ou moins longue échéance à une multiplication des strates hiérarchiques et, avec elle, à une augmentation de la masse salariale liée à la création de nouveaux échelons au niveau du groupe.

La gouvernance :

La constitution de groupes conduit à la complexification de la gouvernance avec, pour les mutuelles, un éloignement du centre de décision et une entorse au principe de proximité (et de lisibilité) de la structure. Dans le cadre d'une UMG ou d'une UGM, le maintien d'entités mutualistes différentes nécessite aussi de nouvelles instances dédiées à l'animation et la mise en cohérence de la vie militante de l'ensemble des structures du groupe.

L'image de marque et la réputation :

¹³⁷ 4^e bailleur social français.

La réputation et l'image de marque figurent parmi les éléments qualitatifs difficilement objectivables qui peuvent être impactés positivement ou négativement par des stratégies de regroupement (couverture médiatique, recrutements, perspectives de carrière, etc.).

L'optimisation des réseaux commerciaux / distribution :

L'optimisation des réseaux commerciaux constitue l'une des pistes de mutualisation qui accompagne les stratégies de regroupement avec en ligne de mire : une diminution des frais d'acquisition et une amélioration de la présence commerciale.

3. MONOGRAPHIES DE STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT (Nehs, Vyv, Intériale)

nehs

Objectif stratégique : Préserver et accompagner l'activité de MNH santé et MNH prévoyance

Tout au long de cette stratégie de développement qui s'étale sur plus de 10 ans, l'idée des dirigeants étaient de mettre la diversification du groupe au service d'une consolidation des activités de MNH santé et MNH prévoyance :

« Il est utile de rappeler que la stratégie engagée depuis 2014, avec la diversification d'activités, et la diversification des placements et des risques, avait pour unique objet de rechercher la pérennité de notre groupement social, et l'intérêt des adhérents MNH. En 2018, MNH GROUP est devenu nehs, non pas pour oublier ou écarter MNH, mais pour la protéger et lui donner plus d'envergure dans le monde de la santé. C'est bien MNH dans sa forme de conglomérat qui porte la vie juridique, économique et financière de nehs. (...) L'objectif premier était, et reste d'accompagner l'activité MNH, de la promouvoir ».

(Extrait du Rapport d'AG MNH et MNH Prévoyance 2019)

[...]

L'ambition du groupe Nehs est désormais exprimé comme suit :

*"Être le référent en France du service aux professionnels de santé,
et un modèle d'expertise à l'international"*

[...]

Pour être complète, l'évaluation de la stratégie de Nehs devrait également prendre en compte le bilan d'activité des très nombreuses nouvelles filiales. Par le biais d'une croissance externe rapide, le groupe Nehs a atteint en 2018 un CA de 1,3Md€, contre 546M€ pour la seule MNH santé.

Les investissements externes réalisés par Nehs permettent désormais au groupe d'espérer un développement de ses activités à l'étranger (aujourd'hui 1% de ses activités) ce que le groupe MNH ne pouvait pas faire dans sa forme initiale.

[...]

vyv

Historique du groupe

La création du groupe Vyv repose sur le rapprochement de trois UMG : MGEN, Groupe Harmonie et Istya¹³⁸. A ce stade, c'est un groupe 100% mutualiste 45.

Chacune avait suivi jusque-là sa propre stratégie, qui n'étaient pas exemptes de logiques de fusions (cf. MGET fusionnée dans la MGEN et en ce moment, Harmonie fonction publique dans Harmonie Mutuelle).

[...]

Clairement, Vyv est constitué de deux pôles mutualistes en assurance de personnes : un interprofessionnel porté par Harmonie et un fonction publique porté par MGEN.

Au-delà, chaque groupe avait commencé à s'aventurer dans d'autres champs :

- **International** : Europamut au Portugal (MGEN), MGEN International Benefits, Antenne de MGEN et collaboration avec le gouvernement chinois pour le développement d'un système de protection sociale en Chine, Harmonie mutuelle Italia (avec la co-entreprise Fondo Salute créée avec la société mutuelle Cesarepozzo) ;
- **Prévention, Sanitaire et Médico-social** : SAS Vivoptim (MGEN), Association ADOSEN (MGEN), Harmonie Ambulance, Harmonie Services et Soins, MGEN Action Sanitaire et Sociale, MGEN Centres de santé ;
- **Réseaux de soins** : Kalivia (Harmonie), Audistya, Optistya.
- **Habitat** : Harmonie Habitat ;
- **Obsèques** : création de la co-entreprise La Maison des Osbèques (Harmonie, MGEN, Mutac) ;
- **Investissements** : Egamo (MGEN) ;
- **Assistance** : RMA (Harmonie) ;
- **Technologies** : Centich (Harmonie).

[...]

1. Les données chiffrées issues du rapport SFCR du groupe VYV

Créé en 2017, le groupe VYV a publié deux rapports SFCR à ce stade.

Le rapport SFCR du groupe VYV intègre 15 entités et ne tient donc pas compte des mutuelles des mutuelles et Unions de Livre 3, ni des membres des UGM Vyv Coopération (dont les mutuelles du groupe Agrume) et MGEN Union.

Le rapport ne permet donc pas d'évaluer la pertinence de la coopération engagée par les nombreuses structures membres et le groupe Vyv (prestation de services, formations, etc.).

De leurs côtés, les entités du groupe ont pour la plupart publié leurs rapports d'activité. Il en ressort des chiffres positifs, malgré certains exercices qui peuvent être difficiles (cf. MGEN en 2017). Par ailleurs, la constitution du groupe Vyv s'accompagne d'un processus de rationalisation des activités qui conduira, très progressivement à regrouper des activités pour constituer une entité Vyv dédiée pour certains DAS : par exemple l'assistance porté jusque-là par RMA au sein du groupe Harmonie qui devrait être refondue dans Vyv International Assistance, l'investissement porté par Egamo (MGEN) refondu dans la nouvelle entité Vyv Invest (SAS), ou encore les activités d'Europamut et MGEN International Benefits (SAS du groupe MGEN) refondues dans Vyv International Benefits.

[...]

Au 31 décembre 2017, le CA du groupe s'élevait à 8 878 M€, dont 6 726 M€ sur le périmètre prudentiel.

¹³⁸ Juridiquement, l'UMG Groupe Harmonie a été fusionné dans l'UMG Istya devenue UMG Vyv.

Le CA est en augmentation entre 2017 et 2018 à 8 686M€ contre 8 400 M€ en 2017 (+3,4%), dont 6 933M€ de cotisations Assurance contre 6 701M€ en 2017 (+3,5%).

Le SCR est en augmentation de 2,2%, tandis que les fonds propres solvabilité 2 augmentent de 49%, de 2,6Md€ en 2017 à 3,9Md€ en 2018.

Le résultat s'élève à 67,3M€ contre 63,5M€ en 2017 (+6%).

[...]

D'après les rapports SFCR 2018 publiés par les entités du groupe, les cotisations sont en augmentation ou stables sur les exercices 2016-2017-2018 (cf. schémas ci-dessous).



L'histoire du groupe Intérieure illustre une tentative de constitution rapide d'un groupe mutualiste de la fonction publique sur une base affinitaire.

D'une rationalisation affinitaire à un projet de groupe mutualiste de la fonction publique

Issue de la fusion en 2008 de trois mutuelles (Mutuelle Générale Préfectures Administration (MGPAT), Mutuelle du Ministère de l'Intérieur (MMI) et la Société Mutualiste du Personnel de la Police Nationale (SMPPN)), Intérieure avait pour ambition initiale de rationaliser le paysage mutualiste du ministère de l'intérieur. Plus tard, une autre petite mutuelle relevant du Livre 2, la Société Mutualiste d'Assistance Immédiate au Décès des Policiers et personnels du ministère de l'intérieur (SMAID) (fusionnée en 2019), a rejoint le projet.

Cette rationalisation n'a pas pu être totale, du fait de l'échec des tentatives de rapprochements successifs engagés avec la Mutuelle Générale de la Police (MGP).

Une fois les trois mutuelles fusionnées, Intérieure a créé trois filiales pour diversifier ses activités en santé, prévoyance et assurance vie, ainsi qu'Intérieure Filia destinée à des adhérents non-fonctionnaires.

En 2010, deux ans après sa création, elle a aussi créé, avec la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS), Intérieure Prévoyance et Intérieure Filia, le Groupe Intérieure, première Union Mutualiste de Groupe (UMG). Dans son communiqué de presse initial¹³⁹, Intérieure revendiquait « une association sans perte d'identité », sujet qui constituait, déjà à l'époque, l'une des craintes majeures à l'égard du nouveau statut d'UMG.

Depuis lors, et malgré la place dominante d'Intérieure mutuelle dans le groupe, les mutuelles intégrées dans l'UMG ou l'UGM n'ont pas disparu dans le cadre de fusions. En revanche, Intérieure Filia et la Mutuelle Familiale France Outre-Mer (MFFOM) ont fusionné pour donner naissance à Lamie Mutuelle, à la fois membre de l'UMG Groupe Intérieure, de l'UGM Intérieure (et de l'UGM Vvy Partenariats depuis juin 2019).

[...]

¹³⁹ https://www.interiale.fr/c/document_library/get_file?uuid=eb660871-8c9d-439d-b157-60822a77da97&groupId=15101

Annexe n°5

Tableau de synthèse des principales différences entre les différentes structures juridiques œuvrant dans le domaine des assurances

	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Sociétés d'assurance	
		"Livre II"	Sociétés d'assurance mutuelles (SAM) (1)	Sociétés anonymes d'assurance (2)
Subdivision				
Racines historiques	Prévoyance complémentaire d'entreprise	Compagnonage Corporations Caisses de secours mutuelles	Modèle mutualiste appliqué spécifiquement à l'assurance	Incendie de Londres Assurances maritimes Compagnies privées d'assurances
Forme	Société de personnes	Société de personnes	Société de personnes	Société de capitaux
Vocation	Non lucrative (ESS)	Non lucrative (ESS)	Non lucrative (ESS)	Lucrative
Gestionnaires in fine	Partenaires sociaux	Adhérents	Sociétaires	Actionnaires
Principe de gouvernance	Paritarisme	Démocratie	Démocratie	Gouvernance capitalistique
Structures de gouvernance	AG-CA(Prés)-DG	AG-CA(Prés)-DG	AG-CA(Prés)-DG AG-CS-Dir	AG-CA(Prés)-DG AG-CS-Dir
Activités possibles	Assurance de personnes (Prev+CS)	Assurance de personnes (Prev+CS)	Assurance de biens et de personnes	Assurance de biens et de personnes
Code chapeau Autorité Contrôle	Code des assurances ACPR - Agrément	Code des assurances ACPR - Agrément	Code des assurances ACPR - Agrément	Code des assurances ACPR - Agrément
Code spécifique propre	Code de la sécurité sociale (L9 Titre3)	Code de la mutualité (Livres 1, 2, 4, 5, 6)	Code des assurances	Code des assurances
Formes de regroupement spécifiques	SGAPS	UMG	SGAM	SGA, SGMA
Possibilité de groupement intertype	OUI	OUI	OUI	OUI
Fédérations propres	CTIP	FNMF, FMF, MFP	ex-GEMA voire ex-FFSA -> FFA	ex-FFSA -> FFA
Fédération "RC santé"	UNOCAM	UNOCAM	UNOCAM	UNOCAM
Exemples	AG2R, APICIL, Malakoff-Médéric-Humanis, Pro-BTP,...	MGEN, Unéo, Eovi, Mutuelle Air France, MAAE,...	GMF, MAAF, MATMUT, MACIF, MMA, MAIF,	AXA, Allianz, Generali, La LLOYD'S,...
Adhésion collectives	OUI	OUI	OUI	OUI
Adhésions individuelles	(Dans certains cas)	OUI	OUI	OUI
Action sociale	OUI (Accessoire)	OUI (Accessoire)	OUI (Accessoire)	OUI (Accessoire)
Assurance de personnes	OUI	OUI	OUI (3)	OUI
Assurance de biens	NON	NON	OUI (3)	OUI
Réassurance	OUI	OUI (restreint)	OUI	OUI
Délégation possible RO	NON	OUI (Accessoire)	NON	NON
Questionnaire médical en CS	Possible	NON	Possible	Possible
Cotisation variable	NON	NON	Possible en non-vie (4)	NON
Vocabulaire	Cotisations Adhérent/Participant Convention/Accord	Cotisations Adhérents Règlement/Contrat	Cotisations/Primes Sociétaires Contrat	Primes Souscripteur Contrat
Fonds propres "durs" (tiers 1)	Certificats paritaires Réserves TSR/TSDI	Certif. mutualistes Réserves TSR/TSDI	Certif. mutualistes Réserves TSR/TSDI	Actions/Capital social Réserves TSR/TSDI

(1) Pour être plus complet il faudrait citer les cas particuliers : sociétés mutuelles d'assurance (SMA), les sociétés à forme tontinière et les sociétés ou caisses d'assurance et de réassurance mutuelles agricoles

(2) Pour être plus complet il faudrait citer aussi : Entreprises nationales d'assurance et de capitalisation et sociétés centrales d'assurance

(3) Interdictions et restrictions propres aux SMA, Tontinières, etc...

(4) Variable obligatoire pour les SMA

Annexe n°6

Extrait d'une conférence¹⁴⁰ donnée par Auguste Detœuf en 1936 intitulée

« La fin du libéralisme »

" Le libéralisme est mort ; il a été tué, non pas par la volonté des hommes ou à cause d'une libre action des gouvernements, mais par une inéluctable évolution interne.

[...]

Je crois que la fausse mystique libérale, les déclarations libérales sans sincérité, toute cette démagogie à l'intention des classes dirigeantes et d'un peuple qui confond la liberté économique avec la liberté tout court, sont des dangers publics.

[...]

Si ceux qui souffrent le moins de l'économie moderne pensent avoir individuellement intérêt à la liberté économique totale, ils se trompent. En tant qu'individus, non plus qu'en tant que collectivité dans la collectivité, ils n'y ont intérêt. Ils n'ont intérêt à sauver que ce qui est bon, et une part du libéralisme est aujourd'hui malfaisante. "

[...]

" Le libéralisme a fait des merveilles ; il a enrichi le monde de telle façon que certainement nul autre système n'aurait fait, de loin, aussi bien. Il a transformé la classe ouvrière en petite bourgeoisie.

[...]

Il a permis à l'Europe de nourrir deux fois plus d'habitants. Il a permis à la collectivité de fournir un nombre considérable de services nouveaux ou d'assurer dans des conditions incomparablement plus confortables les services anciens. Il a transformé le monde matériel. Il a joué le plus beau rôle ; mais [à cause de cette grave crise] nous sommes bien obligés de constater que ce rôle est terminé. Il faut savoir vieillir, sous peine d'être hors la vie. "

[...]

" Le libéralisme nous a donné de bien mauvaises habitudes. Il a sanctifié l'égoïsme. En bénissant le succès personnel, comme l'élément unique et nécessaire du bien-être général, il a détruit la notion du devoir social. "

¹⁴⁰ Source <https://www.latribune.fr/journal/archives/edition-du-0910/tribunes/analyse/20081009u7k8php/auguste-detoeuf-le-1ermai-1936--le-liberalisme-est-mort-.html> ; les références complètes seraient : Detœuf Auguste (1936), « La fin du libéralisme », in Brun G. et al., X-Crise. De la récurrence des crises économiques, Paris : Économica 1981, p. 76.